



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

## **ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

### **PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO – A SUA INFLUÊNCIA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO**

Nome do Mestrando | Andreia Sofia Aniceto Nobre

Orientação | Professora Doutora Maria Otília Zangão

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

## **ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

### **PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO – A SUA INFLUÊNCIA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO**

Nome do Mestrando | Andreia Sofia Aniceto Nobre

Orientação | Professora Doutora Maria Otília Zangão

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

Évora, 2018

## Agradecimentos

Este relatório é o culminar de uma das fases mais desafiantes e difíceis da minha vida, quer no âmbito pessoal quer profissional. Ciente das dificuldades que iria encarar, mas longe dos sacrifícios que ameaçaram alcançar este objetivo. É por isso, com grande satisfação e orgulho, que exponho com a mesma importância do restante relatório, os agradecimentos a quem me acompanhou, aliviou, transformou e fortificou nesta jornada.

Em primeiro lugar agradeço à minha família. À minha mãe, por me ter educado para ambicionar ser uma pessoa e profissional melhor, ensinado a trabalhar e a ter brio em tudo o que faço. É ela que sempre estará na base do que sou, pelo que lhe dedico e elevo este título.

Deixo um profundo agradecimento à equipa de Enfermagem da Cirurgia 1 Poente do Hospital de Faro que me ajudou, na falta de apoios institucionais e governamentais, a ter disponibilidade para frequentar as aulas e estágios e que me amparou em momentos de maior cansaço e stress. Parte do meu sucesso escolar é vosso.

Ao meu lado estiveram os colegas mestrandos, nas mesmas condições, a trabalhar para o mesmo objetivo. A eles lhes agradeço a partilha, o convívio, as aventuras, o crescimento pessoal que me proporcionaram e a amizade que fica. Ana – a companheira de todas as lutas que ficou para a vida. António – o meu motivador e exemplo.

Finalmente quero agradecer a todo o corpo docente e tutores que me acompanharam ao longo destes dois anos. Deixo um agradecimento especial à professora Otília Zangão, pela orientação deste relatório, pronta disponibilidade, exigência, competência e pela honra de ser sua orientanda.

## RESUMO

Reconhece-se à mulher a influência no sucesso do trabalho de parto, devido a Dick Read que concluiu que o ciclo medo-tensão-dor leva a complicações físicas e psicológicas que interferem na evolução deste. A Preparação para o Nascimento permite prevenir este tipo de complicações. O objetivo geral deste relatório é demonstrar a influência da Preparação para o Nascimento no trabalho de parto e parto. Para conhecer as necessidades da população-alvo no local do estágio final, realizou-se um estudo qualiquantitativo não experimental, descritivo. Participaram as puérperas internadas através de um questionário. Foram também entrevistados os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica do Bloco de Partos. O estudo de ambas as amostras revela existir ganhos na realização deste tipo de cursos, porém em alguns pode haver necessidade de reestruturação de forma a otimizá-los. Conclui-se que a Preparação para o Nascimento influencia de forma positiva o trabalho de parto e parto.

**Descritores em Ciências da Saúde (DeCS):** Educação Pré-Natal; Gestantes; Trabalho de Parto; Parto Obstétrico; Enfermeiras Obstétricas



## **ABSTRACT**

**Title:** Birth Preparation - influences on labour and delivery

The woman is known to influence the success of labour, due to Dick Read who concluded that the fear-strain-pain cycle leads to physical and psychological complications that interfere with the evolution of labour. Birth preparation allows to prevent this type of complications. The overall objective of this report is to demonstrate the influence of Birth Preparation in labour and delivery. This is a non-experimental quali-quantitative descriptive study. Puerperas admitted in Portimão's hospital participated through a questionnaire. Midwives in Labour ward of the same hospital were interviewed. The study of both samples reveals that there are gains in the realization of this type of course, but in certain courses there may be a need for restructuring to optimize them. It is concluded that Birth Preparation influences positively labour and delivery.

### **Health Sciences Descriptors (DeCS) and Medical Subject Headings (MeSH):**

Prenatal Education; Pregnant Women; Labour; Obstetric; Obstetric Delivery; Nurse Midwives

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2. ANÁLISE DO CONTEXTO .....</b>	<b>19</b>
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL .....	19
2.1.1. Caracterização da estrutura física e organizacional do Bloco de Partos .....	20
2.1.2. Caracterização da população de grávidas que recorrem ao Bloco de Partos....	21
2.1.3. Análise da casuística de partos no Bloco de Partos .....	22
2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS.....	26
2.2.1. Caracterização dos recursos humanos .....	26
2.2.2. Caracterização dos recursos materiais .....	27
2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....	28
<b>3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS .....</b>	<b>31</b>
3.1. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL .....	31
3.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO .....	32
<b>4. METODOLOGIAS .....</b>	<b>33</b>
4.1. FASE DE PREPARAÇÃO.....	33
4.2. FASE DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO .....	35
4.3. FASE DE IMPLEMENTAÇÃO .....	36
4.4. FASE DE AVALIAÇÃO .....	37
<b>5. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO .....</b>	<b>38</b>
5.1. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO DE PUÉRPERAS .....	41

---

5.2. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA .....	46
<b>6. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES .....</b>	<b>48</b>
6.1. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO .....	48
6.2. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES .....	49
6.2.1. Caracterização da população-alvo de puérperas.....	49
6.2.2. Caracterização da população-alvo de enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica.....	51
6.3. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO.....	52
6.3.1. Necessidades específicas da população-alvo de puérperas .....	53
6.3.2. Necessidades específicas da população-alvo de enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica.....	62
<b>7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES .....</b>	<b>69</b>
7.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES .....	69
7.2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS .....	71
7.3. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS .....	72
7.4. CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS .....	73
7.5. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL.....	73
7.6. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA .....	74
<b>8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO.....</b>	<b>75</b>
8.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS .....	75
8.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA .....	76
8.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS .....	76
<b>9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS .....</b>	<b>78</b>
<b>10. CONCLUSÃO.....</b>	<b>81</b>
<b>11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>85</b>

---

<b>APÊNDICES .....</b>	<b>91</b>
Apêndice I - Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação das puérperas.....	92
Apêndice II – Instrumento de colheita de dados aplicado às puérperas .....	94
Apêndice III – Instrumento de colheita de dados aplicado aos EESMO .....	100
Apêndice IV - Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação dos EESMO .....	102
Apêndice V – Atividades de diagnóstico e intervenções de Enfermagem validadas no estudo de Amaro de Sousa (2015).....	104
Apêndice VI - Tabela de frequências das profissões da amostra de puérperas.....	109
Apêndice VII – Tabela de médias dos itens da escala QESP com <i>score</i> de 1 a 4.....	111
Apêndice VIII - Plano de atividades e cronograma da proposta do projeto submetida à Universidade de Évora.....	114
Apêndice IX - Pedido de Parecer à Comissão de Ética do CHUA.....	119
Apêndice X - Solicitação de autorização de utilização do QESP aos autores.....	121
<b>ANEXOS .....</b>	<b>125</b>
Anexo I – Planta do serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica e Bloco de Partos do CHUA - Hospital de Portimão .....	126
Anexo II - Documento da UNICEF sobre as 10 medidas para ser considerado Hospital amigo dos bebés .....	128
Anexo III - Instrumento de avaliação do Estágio final em Bloco de Partos .....	130
Anexo IV - Declaração de aceitação de orientação .....	135
Anexo V - Parecer da Comissão de Ética para a investigação científica nas áreas da saúde humana e bem-estar da Universidade de Évora.....	137
Anexo VI - Parecer da Comissão de Ética do CHUA .....	139



## ÍNDICE DE FÍGURAS

Figura 1 - Concelhos da região do Algarve .....	20
Figura 2 – Gráfico do n.º de partos no 1º semestre de 2015, 2017 e 2018 no Hospital de Portimão .....	24
Figura 3 – Gráfico do n.º de partos segundo o tipo no Hospital de Portimão em 2015, 2017 e 2018 .....	24
Figura 4 - Gráfico do n.º de cesarianas no Hospital de Portimão no 1º semestre de 2015, 2017 e 2018 .....	25
Figura 5 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente da população-alvo dos EESMO .....	63
Figura 6 - Nuvem de palavras da população-alvo dos EESMO .....	68

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Casuística de partos no Hospital de Portimão .....	23
Tabela 2 - Estratégia PICO utilizada na revisão da literatura.....	38
Tabela 3 - Classificação de <i>Oxford Centre for Evidence-Based Medicine</i> dos estudos selecionados.....	40
Tabela 4 - N.º de consultas de vigilância da última gravidez das puérperas .....	50
Tabela 5 - Tipos de controlo de dor escolhidos pelas puérperas no último TP e parto..	51
Tabela 6 - Tabela de frequências do uso de métodos de respiração e relaxamento no TP e parto .....	54
Tabela 7 - Tabela de frequências do nível de relaxamento atingido no TP e parto.....	55
Tabela 8 - Tabela de frequências de sensação de controlo no TP, parto e pós-parto .....	56
Tabela 9 - Tabela de frequências sobre a sensação de confiança no TP, parto e pós-parto .....	56
Tabela 10 - Tabela de frequências do conhecimento das fases de TP, parto e pós-parto	57
Tabela 11 - Tabela de frequências da colaboração da mulher no TP, parto e pós-parto	58
Tabela 12 - Média dos itens 97 a 104 do QESP .....	59
Tabela 13 - Recursos utilizados e custos .....	74

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da unidade curricular Relatório, inserida no 2º semestre do 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO) da Universidade de Évora. Os objetivos desta unidade curricular, enumerados na Ficha da unidade curricular Relatório, acessível via Sistema de informação integrado da Universidade de Évora (SIIUE), compreendem que o mestrando:

Defenda intervenções profissionais autónomas e interdependentes no exercício da Enfermagem em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (ESMOG); revele conhecimentos que permitem e constituem a base de desenvolvimento e/ou aplicações originais, em contexto de investigação, na ciência de Enfermagem, destinadas ao ambiente profissional em ESMOG; aplique conhecimentos e capacidades de resolução de problemas em situações novas e não familiares; revele capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos; comunique as conclusões, conhecimentos e raciocínios a especialistas e a não especialistas, de forma clara, sem ambiguidades, utilizando as metodologias constantes na formação em ESMOG; possua competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida; conheça com profundidade a área científica de Enfermagem bem como especializa o seu conhecimento nas vertentes aplicadas da investigação, da intervenção e da formação.

A elaboração deste relatório vai ao encontro destes objetivos, nas suas diferentes fases de execução.

O MESMO instiga o mestrando para a prática baseada na evidência atual. Tal exercício encontra-se na base da regência da profissão de Enfermagem, seja ao nível internacional ou nacional. O *Code of Ethics for Nurses* do *The International Council of Nurses* (ICN) (2012), defende que o enfermeiro é proativo no desenvolvimento de um corpo de saberes teóricos baseados na evidência científica, que transporta para a sua prática clínica diária. O *Nursing & Midwifery Council* (NMC) divide o seu Código Profissional em quatro grandes áreas, sendo na “*Practise effectively*” que se inclui a máxima “*Always practise in line with the best available evidence*” (NMC, 2015, p. 7). Ao nível nacional, no artigo 9º do capítulo IV do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015) menciona que uma das intervenções da classe é projetar, executar e aplicar trabalhos de investigação que promovam a inovação em Enfermagem. Também no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010a), no anexo IV, assegura esta mesma intervenção como uma competência na área de especialização do enfermeiro. Face às dificuldades que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) português atravessa, a promoção da investigação em Enfermagem e as mudanças de paradigmas não ocorrem com a frequência desejada e necessária. É por isso importante, em todas as oportunidades de formação, estimular estas competências, motivando a classe.

A temática escolhida para objeto de estudo incide sobre a Preparação para o Nascimento (PPN). Durante a realização do MESMO, foi uma das áreas que, pessoalmente, mais interesse suscitou, pois engloba a transmissão de conhecimentos e a capacitação/empoderamento da mulher. Além disso, creio que um dos seus benefícios mais importantes seja a potencialidade da experiência positiva no trabalho de parto (TP) e parto para a mulher/casal. Porém, as minhas expectativas ficaram aquém, pois pude observar em estágio o facto de não haver uma forte adesão das mulheres aos cursos de PPN. As suas participantes poucas vezes conseguiam ter um autocontrole e gestão eficaz da dor e stress durante o TP e parto, tendo uma atitude passiva e pouco participativa. Este conhecimento da realidade em diferentes locais geográficos, suscitou-me o interesse em entender mais sobre a temática.

A OE (2011b) define “Preparação para o Parto” ou PPN como sendo:



Ato de assistência prestado pelos enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) à grávida e família, que visa, por um lado, consciencializar a grávida para o seu potencial para o parto eutócico, treinar estratégias de autocontrolo para o TP e treinar o acompanhante para estratégias de apoio à parturiente; por outro lado, treinar exercícios músculo-articulares promotores de flexibilidade, postura corporal e do adequado posicionamento fetal; exercícios respiratórios e métodos de relaxamento. (p. 14)

Um conceito que é importante esclarecer, pela sua proximidade com o anterior, é “Preparação para a Parentalidade”, o qual é definido como sendo o “ato de assistência prestado pelos EESMO à grávida e família, que visa desenvolver competências para o exercício do papel parental, que garantam o potencial máximo do seu desenvolvimento.” (OE, 2011, p. 14).

Desde os primórdios da humanidade que os conhecimentos dos elementos mais velhos de uma população se transpõem para as camadas mais jovens (Amaro de Sousa, 2015). Assim começaram a ser difundidas as informações, de cariz cultural, sobre a gravidez e a parentalidade. É no século XX que se toma consciência da importância dos conhecimentos sobre a gravidez. Apesar de hoje em dia vivermos, a maioria, em sociedades onde há acesso fácil a informação, é dada uma importância considerável ao relato da experiência dos nossos pares. A evolução do cuidar em Saúde Materna veio dar ênfase aos conhecimentos científicos, em detrimento do conhecimento empírico (Morgado, Pacheco, Belém & Nogueira, 2010). Também as mudanças sociais contribuíram para o aumento da importância destes conhecimentos. Acresce para a mulher a necessidade de adaptação do papel de mãe na vida da mulher moderna. Por um lado, a dor é algo que hoje em dia não é aceite nem tolerável pela sociedade, por outro, as novas famílias geralmente vivem em grandes centros urbanos, com falta de apoio familiar (Mendes et al., 2016). Tal leva a que a mulher/casal procurem informação para se prepararem da melhor

forma para a parentalidade (Amaro de Sousa, 2015). Os cursos de PPN assumem a principal resposta a esta necessidade, dando um importante contributo na vivência da gravidez e construção do papel parental (Frias, 2012; Morgado et al., 2010). Por isso, assim como inúmeros outros aspetos da vida humana, também a vivência da gravidez e do parto tem sofrido alterações ao longo da evolução da humanidade.

A PPN tem como génese o obstetra inglês Dick Read, aquando os partos iniciaram a transição do domicílio para o meio hospitalar. Este chegou à conclusão que o ciclo medo-tensão-dor interferia na evolução do TP, com complicações físicas e psicológicas. O medo e ansiedade induzem a tensão muscular, que contraria a dilatação do colo uterino, ampliando a dor. Por sua vez, esta gera mais ansiedade, aumentando os níveis séricos de catecolaminas, que inibem a ocitocina, traduzindo-se numa maior duração do TP (Frias, 2011a, 2012). Read apercebeu-se que a informação dos acontecimentos e a solicitação de colaboração às parturientes, quebravam este ciclo. A sua experiência e teoria foram expostas em 1933, através da publicação do seu livro “*Birth without fear*” (Amaro de Sousa, 2015).

Em 1951, surge uma nova teoria por Fernand Lamaze, também médico obstetra, que assume que a mulher e o ambiente em que se encontra influenciam a sua resposta ao TP e parto. Este baseou-se nas ideias desenvolvidas por Ivan Pavlov, fisiologista russo do início do século XX, em relação aos reflexos condicionados. A teoria do reflexo condicionado de Pavlov defende que o córtex apenas capta estímulos associados à sobrevivência. Os estímulos associados aos órgãos não são percecionados de modo consciente, exceto se forem fortes e contínuos ou se o córtex estiver com diminuição da sua funcionalidade (Amaro de Sousa, 2015). Este conceito, aplicado ao TP e parto, reside na criação de um foco positivo onde se fixe o córtex, inibindo a perceção dos estímulos negativos, que deverão ser mais fracos. Tal não exclui a utilização de fármacos analgésicos. Lamaze apoia-se nesta teoria e introduz algumas alterações, nomeadamente em relação aos exercícios respiratórios. Surge assim o Método Psicoprofilático ou Método de Lamaze que consiste na aquisição de competências de técnicas respiratórias e de relaxamento, de forma a que a parturiente consiga gerir da melhor maneira a dor provocada pelas contra-

ções. Como o próprio nome indica, existem duas componentes neste método: a psicológica e a profilática. A psicológica engloba os conhecimentos do sistema nervoso central e como o organismo da parturiente funciona estando em TP. Por sua vez, a profilática relaciona-se com conceitos de anatomofisiologia do aparelho reprodutor e da gravidez e ensinos de exercícios respiratórios e de relaxamento, que servirão como estímulo positivo, contrariando o reflexo condicionado pela dor na contração (Couto, 2003; Frias & Franco, 2008).

O Método Psicoprofilático é frequentemente aplicado segundo o modelo de PPN em grupo: formado por 8 a 12 grávidas com semelhantes idades gestacionais, acompanhadas ou não por uma pessoa significativa, tendo 10 sessões de 90 minutos, com intervalos regulares (McDonald, Sword, Eryuzlu, & Biringer, 2014). As sessões devem incluir componentes teóricas e práticas, de forma a treinar as competências adquiridas na teoria (técnicas de relaxamento, respiração e condicionamento de reflexos) (Couto, 2003, citado por Amaro de Sousa, 2015). Segundo McDonald et al. (2014), a PPN em grupo comporta benefícios significativamente maiores do que de maneira individual. O suporte mútuo e a partilha comum dos mesmos sentimentos, facilita a expressão e esclarecimentos de dúvidas pela mulher/casal (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015).

Este método é o mais utilizado em Portugal (Amaro de Sousa, 2015). Segundo o mesmo autor, foi introduzido em 1953 em Lisboa, pelos obstetras Pedro Monjardino e Graça Mexia e o psiquiatra Seabra Dinis. Em Portugal, a PPN está prevista inicialmente nos artigos 5º e 7º da Lei n.º 4/84, onde é atribuída a responsabilidade aos Centros de Saúde de promover e sensibilizar a grávida para a importância da PPN, comprometendo-se o Estado Português a prover as condições necessárias para tal. Mas só em 1999 se torna um direito para toda a grávida (Lei n.º 142/99). Apesar disso, nem todas as grávidas têm ainda acesso a este cuidado (Morgado et al., 2010, citando Vieira, 1996 e Antunes, Lopes & Fernandes, 2006), seja por deficiente resposta do SNS ou por desconhecimento da população para a sua importância.

Após estes dois impulsionadores, Read e Lamaze, outros métodos de PPN surgiram: Sofrologia (Caycedo, 1960), Parto assistido (Bradley, 1965), *Birthing from Within Holistic Sphere* (England & Horowitz, 2000), *Hypnobirthing* (2005), entre outros (Amaro de



Sousa, 2015). Várias correntes têm estudado diferentes formas de preparar a mulher para este evento crucial. Atualmente, a Enfermagem e a Psicologia procuram empoderar a mulher no seu estado gravídico, sendo as disciplinas que mais investigação produzem neste âmbito. As ciências da Enfermagem dão o seu contributo através da figura do EESMO. É este o principal vetor dos conhecimentos e ensinamentos da PPN, sendo o profissional de saúde habilitado para “(...) estabelecer programas de preparação para a paternidade e de preparação completa para o parto, (...)”, de acordo com a alínea d) do artigo 42º da Diretiva 2005/36/CE de 7 de setembro e que “concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável.” (OE, 2010b, p. 4). Couto (2003) e Frias (2008), citados por Frias (2011a) alude ainda que estes profissionais têm uma função importante como “... dinamizadores de grupo, estimulando o diálogo, a partilha de sentimentos/experiências/dúvidas, gerindo os conteúdos educativos, permitindo que a grávida/casal possa adotar decisões esclarecidas e fundamentadas.” (Frias, 2011a, p. 113).

Para além das competências que lhe são atribuídas, o EESMO tem um lugar privilegiado na vigilância da gravidez, uma vez que pode acompanhar a mulher/casal em qualquer fase do seu ciclo reprodutivo. A DGS (2015) defende que a otimização dos ganhos em Saúde Materna só é possível se as intervenções dos profissionais de saúde incidirem desde o período pré-concepcional ao puerpério. Através dos contactos na comunidade, nomeadamente através de consultas de Enfermagem, é possível realizar o preconizado por este autor, desde que em todas as consultas se realize educação pré-natal, onde se inclui a PPN e a preparação para a parentalidade. A mulher/casal que procuram um curso de PPN, para além das necessidades informativas, procuram uma referência, um profissional competente que os guie nesta fase caracterizada por medos, inseguranças e necessidades de informação. Outras profissões querem assegurar este cuidado, mas a OE (2007) declara que só aos EESMO lhes é reconhecida a competência de ministração de cursos de PPN. Porém, a DGS (2015) defende que as equipas multidisciplinares neste âmbito enriquecem a aprendizagem.

O mesmo autor identifica os objetivos destes cursos: “(...) desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e



transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho” (DGS, 2015, p. 63). Os temas a abordar na PPN e preparação para a parentalidade são ainda descritos da seguinte forma:

- Mudanças físicas e psicológicas da gravidez e parentalidade;
- Desenvolvimento fetal;
- Saúde oral, física e mental;
- Fisiologia do TP;
- Tipos de parto;
- Analgesia do TP e parto;
- O papel do acompanhante;
- Massagem perineal;
- Colheita de sangue para células estaminais;
- O recém-nascido (RN): amamentação/alimentação, banho, roupa, vacinação, prevenção de acidentes;
- Direitos e deveres parentais.

O autor defende ainda a presença de componentes teóricas e práticas no curso, que englobem todas as temáticas possíveis, inclusive a visita à maternidade. Uma entrevista deveria ser realizada à mulher/casal antes do início do curso, para conhecer as suas necessidades e detetar quaisquer desvios de saúde. Segundo Fabian, Sarkadi e Åhman (2015), os EESMO estão sensíveis a esta intervenção, fruto da sua experiência nos cursos de PPN, realizando a consulta de vigilância da gravidez antes da sessão de PPN, na maioria das instituições.

Para conhecer as necessidades relativas à temática da população-alvo do local do estágio final, realizou-se um estudo qualiquantitativo não experimental, do tipo descritivo. Foram estudadas duas populações: uma beneficiária de cuidados, a de puérperas e outra prestadora de cuidados, a dos EESMO, naquele espaço temporal, no serviço de Obstetrícia e Bloco de Partos, respetivamente, do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) - Hospital de Portimão. Em ambas as populações foram extraídas amostras não probabilísticas e acidentais. Em relação à amostra das puérperas, foi aplicado um

instrumento constituído por duas componentes: questionário sociodemográfica e uma escala de autores (Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto [QESP]). Quanto à amostra dos EESMO, procedeu-se à aplicação de um instrumento de colheita de dados também com duas componentes: questionário sociodemográfico e uma entrevista semi-estruturada. Em ambas as amostras foi considerada a conduta ética com seres humanos, mediante o consentimento informado, assegurando a proteção e confidencialidade dos dados fornecidos.

O objetivo geral deste relatório é demonstrar a influência da PPN no TP e parto. Como objetivos específicos compreende:

- Identificar os contributos da PPN na mulher em TP e parto;
- Descrever a perceção dos EESMO sobre a influência da PPN na mulher em TP e parto;
- Otimizar o curso de PPN da instituição onde decorreu o estágio final.

A exposição deste trabalho inicia-se com a introdução ao mesmo, passando para a caracterização do ambiente alvo de intervenção. Após, é feita uma análise reflexiva sobre os objetivos da intervenção, seguindo-se a metodologia utilizada. De forma a sustentar a importância científica do mesmo, são apresentados alguns estudos relacionados com a temática, realizados com o mesmo género de populações utilizadas neste estudo. Posteriormente expõe-se a análise reflexiva das ações executadas, do processo de avaliação e controlo e das competências mobilizadas e adquiridas. A conclusão encerra o trabalho que foi desenvolvido, enquanto que as referências bibliográficas, apêndices e anexos finalizam o corpo do relatório, atribuindo validade científica ao mesmo.

Este documento foi redigido segundo as orientações do Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final de Mestrado em Enfermagem (Ordem de Serviço n.º 18/2010) e o Regulamento Académico (Ordem de Serviço n.º 13/2016), ambos da Universidade de Évora, e em concordância com as normas para a publicação de trabalhos da *American Psychological Association* (APA, 2012).

## **2. ANÁLISE DO CONTEXTO**

Neste capítulo será feita uma apreciação global do serviço de Bloco de Partos onde se desenrolou o estágio final e da instituição onde se insere: CHUA - Hospital de Portimão. A contextualização do ambiente permite um melhor entendimento do desenrolar das ações executadas no âmbito da implementação do projeto.

### **2.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL**

O Hospital de Portimão é uma das unidades hospitalares incorporadas no recente CHUA, E.P.E, que integra o SNS. Este centro hospitalar resultou da reorganização da rede hospitalar feita pelo governo português em 2013, impulsionada pela austeridade, para racionalizar recursos e diminuir custos associados à região. Através do Decreto-Lei n.º 69/2013, a fusão do Hospital de Faro, E.P.E e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (Hospitais de Portimão e de Lagos) E.P.E, dá origem ao Centro Hospitalar do Algarve. Mais tarde, em 2017, o Decreto-Lei n.º 101/2017 dá-lhe uma nova denominação, a que prevalece até hoje: CHUA, E.P.E. Agora, inclui também o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, todos os serviços de Urgência Básica do Algarve e colabora mais intimamente com instituições universitárias.

O CHUA, E.P.E é considerado uma pessoa coletiva de direito público, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial de carácter empresarial, sendo um dos centros hospitalares de referência do SNS. Visa consolidar-se pela excelência e satisfazer da melhor forma os seus utilizadores e trabalhadores (CHUAa, 2018). A sua área de abrangência assume os 16 concelhos do Algarve, com cerca de 450.000 habitantes, para além da população acrescida de turistas ao longo de todo o ano, que triplica a população na época balnear.





**Figura 1 - Concelhos da região do Algarve**

Fonte: [http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/03/\\_images\\_centrodocs\\_perfilsaude\\_PR SAR-SALG\\_CAPI\\_Territorio.pdf](http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/03/_images_centrodocs_perfilsaude_PR SAR-SALG_CAPI_Territorio.pdf)

A missão do CHUA, E.P.E é a prestação de cuidados de saúde de alta competência, excelência e rigor, promovendo a formação dos profissionais e a investigação em saúde.

#### 2.1.1. Caracterização da estrutura física e organizacional do Bloco de Partos

O Bloco de Partos onde se realizou o estágio final localiza-se no 2º piso da unidade hospitalar de Portimão. O início do seu funcionamento coincidiu com a inauguração do ainda Hospital do Barlavento Algarvio, E.P.E, em julho de 1999.

Este serviço, assim como a Urgência Obstétrica e Ginecológica e o Bloco Operatório para urgências Obstétricas e Ginecológicas, fazem parte do Departamento Materno-Infantil desta instituição. A missão destes serviços é a “assistência às mulheres na preconceção, gravidez, parto e puerpério” (CHUAb, 2018). A disposição destes serviços, fisicamente interligados, encontra-se segundo a planta em anexo (Anexo I).

A Urgência Obstétrica e Ginecológica compõe-se por uma sala de espera, um balcão de admissão de doentes, três gabinetes (médico, de funcionários e da enfermeira-chefe), duas salas de observação/admissão de Obstetrícia, uma sala de observação/admissão de Ginecologia, uma sala para realização de cardiotocografia, quatro sanitários, uma sala de sujos, uma rouparia e dois vestiários para funcionários e utentes, respetivamente.

Passando esta valência, no lado esquerdo encontra-se o Bloco Operatório, que é constituído por uma área de transfere, uma área de lavagem e desinfeção de mãos, uma sala cirúrgica, uma sala de apoio e reanimação de RN, dois sanitários e uma sala de arrumos.



A restante área do serviço engloba o Bloco de Partos. Este tem cinco salas de parto, onde ocorrem o TP e parto. A área e disposição da sala de partos possibilita a adoção das posições de deitada, sentada e cócaras, a deambulação e a utilização da bola de pilates. Além das medidas farmacológicas normalmente acessíveis em qualquer unidade hospitalar, este serviço disponibiliza como medidas não farmacológicas a musicoterapia, fototerapia, hidroterapia e massagem.

Adicionalmente às salas de parto, o serviço tem ainda duas salas de vigilância pós-parto e pós-cirurgia, respetivamente, uma sala de preparação de fetos e placentas para estudo, uma sala de trabalho de Enfermagem, uma sala de registos, cinco sanitários e uma sala de arrumos.

O hospital onde se insere este Bloco de Partos é certificado como “Hospital Amigo dos Bebés” pela *United Nations International Children’s Emergency Fund* (UNICEF) desde 2008 e recertificado em 2013, o que significa que cumpre as 10 medidas nomeadas por este órgão para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno (Anexo II).

As articulações mais frequentes com outros serviços do hospital são com a Patologia Clínica, Anestesiologia, Pediatria, Ginecologia, Medicina Interna, Cardiologia, Cirurgia Geral, Psiquiatria e Psicologia Clínica. Na impossibilidade de colaboração intra-hospitalar, é possível haver inter-hospitalar, mais comumente com a unidade hospitalar de Faro.

À semelhança do que acontece ao nível nacional, este é um serviço que não permite visitas, apenas a permanência de uma pessoa significativa que acompanha a mulher em todas as fases do seu internamento no serviço.

#### 2.1.2. Caracterização da população de grávidas que recorrem ao Bloco de Partos

A abrangência territorial deste serviço são os municípios de Lagoa, Silves, Portimão, Monchique, Lagos, Vila do Bispo e Aljezur. Além destes municípios, regista-se ainda um volume considerável de atendimentos a utentes do concelho de Odemira (Baixo Alentejo), que voluntariamente escolhem este hospital para realizar o seu parto. O Despacho n.º 7495/2006 originou um fluxo adicional de mulheres às unidades de saúde, ao permitir a livre escolha do local de parto.

Devido ao fluxo migratório e sazonal do Algarve, várias foram as nacionalidades das mulheres a quem prestei cuidados na sala de partos: a grande maioria de nacionalidade portuguesa, havendo também mulheres de nacionalidade brasileira, romena, angolana, chinesa, holandesa e inglesa.

### 2.1.3. Análise da casuística de partos no Bloco de Partos

Foram analisados os dados referentes aos partos realizados neste serviço de 1 de janeiro de 2015 a 6 de novembro de 2015 e de 1 de janeiro de 2017 a 30 de junho de 2018. O restante ano de 2015 e o ano de 2016 não foram considerados por impossibilidade de colher dados nessas datas, devido à perda de registos aquando informatizados na instituição.

Destes dados, diferentes variáveis foram possíveis observar, nomeadamente:

- Número (n.º) dos quatro tipos de parto (eutócico, fórceps, ventosa e cesariana);
- N.º de partos mensais e anuais;
- N.º de partos realizados pelo EESMO.

Para facilitar a leitura dos dados colhidos, construiu-se a Tabela 1 com as variáveis mencionadas.

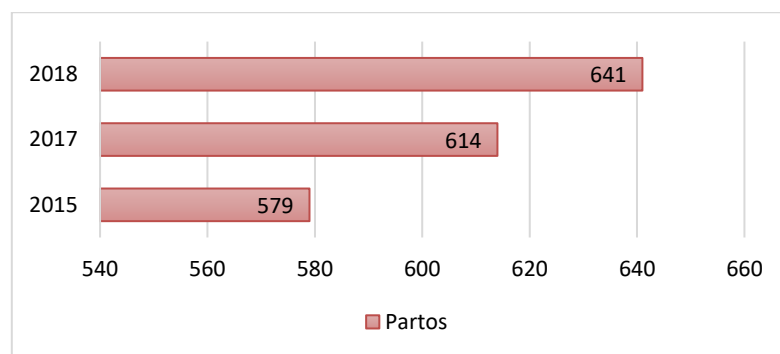
Dos dados apresentados, podemos inferir que, no mesmo período de tempo, de janeiro a outubro de 2015 e de janeiro a outubro de 2017, houve um residual decréscimo no n.º de partos, de 1053 para 1051.

**Tabela 1 - Casuística de partos no Hospital de Portimão**

	Tipo de parto				TOTAL de partos	N.º de partos realizado por EESMO
	E	F	V	C		
<b>2015</b>						
<i>Janeiro</i>	74	1	10	18	103	59
<i>Fevereiro</i>	54	6	6	18	84	40
<i>Março</i>	52	0	6	26	84	42
<i>Abril</i>	66	3	5	28	102	55
<i>Maio</i>	69	7	9	23	108	62
<i>Junho</i>	60	4	7	27	98	56
<i>Julho</i>	55	2	3	33	93	50
<i>Agosto</i>	81	3	7	31	122	71
<i>Setembro</i>	91	7	9	34	141	79
<i>Outubro</i>	66	3	12	37	118	58
<i>Novembro</i>	20	0	1	3	24	19
<b>TOTAL anual</b>	688	36	75	278	1077	591
<b>2017</b>						
<i>Janeiro</i>	64	2	7	33	106	58
<i>Fevereiro</i>	60	1	5	24	90	52
<i>Março</i>	75	1	8	34	118	74
<i>Abril</i>	57	3	10	35	105	60
<i>Maio</i>	54	2	9	33	98	55
<i>Junho</i>	58	3	2	34	97	62
<i>Julho</i>	61	4	4	23	92	63
<i>Agosto</i>	66	3	6	30	105	65
<i>Setembro</i>	62	4	13	38	117	60
<i>Outubro</i>	63	1	14	45	123	65
<i>Novembro</i>	75	4	8	34	121	69
<i>Dezembro</i>	71	5	8	26	110	68
<b>TOTAL anual</b>	766	33	94	389	1282	762
<b>2018</b>						
<i>Janeiro</i>	64	8	4	35	111	54
<i>Fevereiro</i>	64	4	4	26	98	55
<i>Março</i>	65	2	9	41	117	65
<i>Abril</i>	68	2	6	32	108	67
<i>Maio</i>	61	5	13	28	107	62
<i>Junho</i>	60	4	4	32	100	58
<b>TOTAL semestral</b>	382	25	40	194	641	361

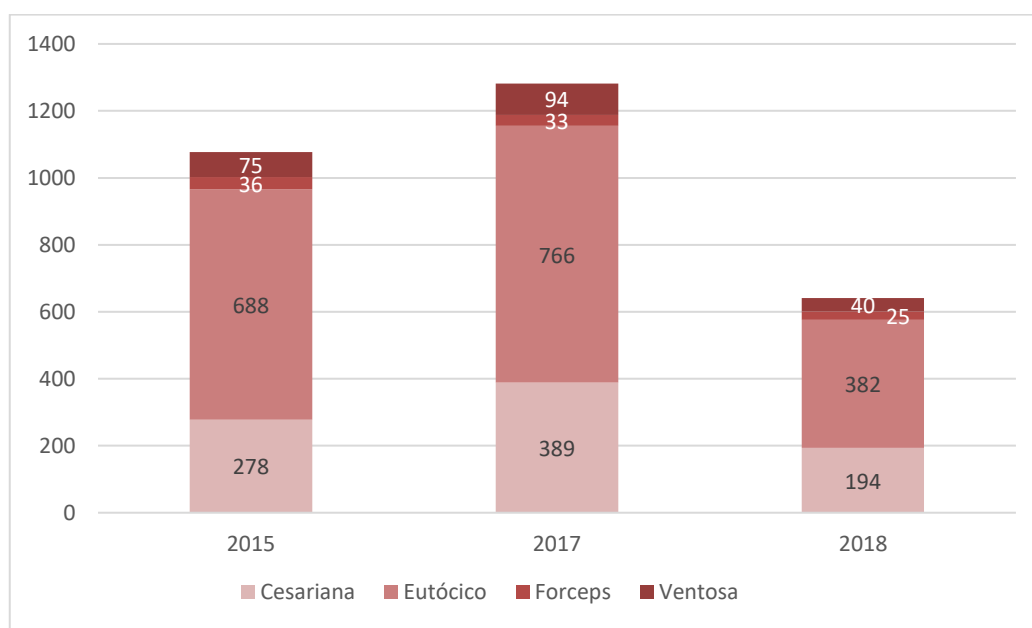
Legenda: **E** – Eutócico      **F** – Fórceps      **V** – Ventosa      **C** – Cesariana

Avaliando o n.º de partos de uma perspetiva semestral (1º semestre de cada ano), podemos incluir o ano de 2018 e visualizar um aumento do n.º de partos no 1º semestre de cada ano considerado, conforme mostra a Figura 2.



**Figura 2 – Gráfico do n.º de partos no 1º semestre de 2015, 2017 e 2018 no Hospital de Portimão**

No espaço temporal considerado (1 de janeiro de 2015 a 6 de novembro de 2015 e de 1 de janeiro de 2017 a 30 de junho de 2018), mantém-se constante o maior n.º de partos segundo o tipo de parto, como demonstra a Figura 3.



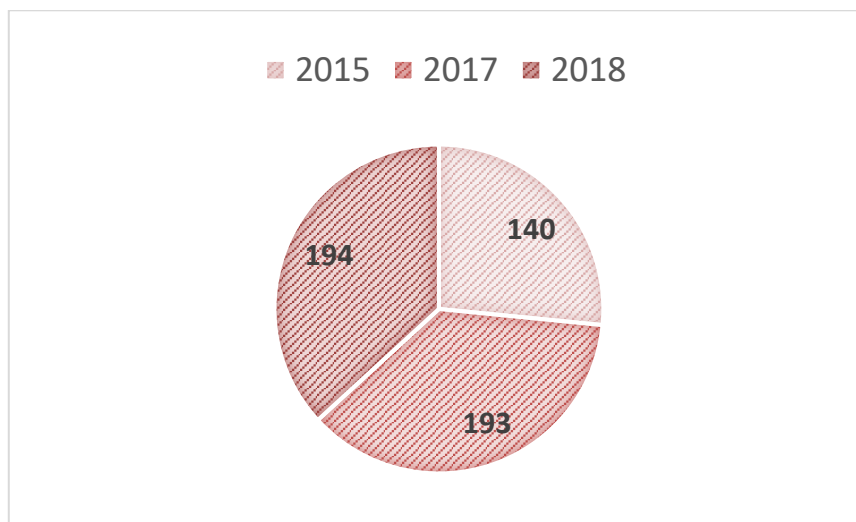
**Figura 3 – Gráfico do n.º de partos segundo o tipo no Hospital de Portimão em 2015, 2017 e 2018**



Apesar do n.º de meses de cada ano considerado não ser igual, a análise da Tabela 1 permite assegurar que o maior n.º de partos foi sempre do tipo eutócico, seguido por cesariana, ventosa e por último, fórceps. Também é possível observar que, na época balnear (maio, junho, julho e agosto) não existe diferença no n.º de partos neste serviço em relação aos outros meses, apesar do exponencial aumento da população afeta à área de abrangência.

Podemos ainda concluir que nem todos os partos eutócicos foram realizados pelos EESMO, mas também por médicos. Tal pode ser explicado pelo facto de haver médicos obstetras em formação, alunos de Medicina ou ainda a colaboração médica num parto que se previa a necessidade da sua intervenção, que pode ter culminado num parto eutócico. Apesar disso, a grande maioria dos partos eutócicos foram sempre realizados pelos EESMO.

A taxa de cesariana de um país é um importante indicador de saúde do mesmo (Teixeira, 2016). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015), a taxa ideal de cesarianas está entre os 10-15%, baseado em estudos que demonstram não existir justificação científica que comprove a necessidade de realizar um maior n.º de cesarianas. Comparando iguais períodos dos anos de 2015, 2017 e 2018, de 1 de janeiro a 30 de junho, podemos inferir que houve um aumento do n.º de cesarianas, como mostra a Figura 4.



**Figura 4 - Gráfico do n.º de cesarianas no Hospital de Portimão no 1º semestre de 2015, 2017 e 2018**

Só em 2017, a taxa anual de cesarianas foi de 30,3%, sendo duas vezes superior ao máximo do que o recomendado. Este n.º reflete similaridades ao que acontece ao nível nacional, uma vez que a percentagem de cesarianas nos hospitais nacionais em 2016, segundo os últimos dados disponíveis, situava-se nos 33,1% (PORDATA, 2017).

## 2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

Após explanado o ambiente e organização institucional, caracterizado fisicamente o serviço de Bloco de Partos e conhecido uma parte do trabalho aqui desenvolvido, é importante saber que profissionais e que recursos materiais o constituem.

### 2.2.1. Caracterização dos recursos humanos

Em relação à equipa multidisciplinar, todos os elementos médicos são externos à instituição, pertencentes à escala de urgência hospitalar (Obstetras, Anestesiastas e Pediatras). Apenas a equipa de Enfermagem (especialistas e generalistas) e dos assistentes operacionais (AO) é fixa, trabalhando por turnos rotativos.

A equipa de Enfermagem é formada por 29 elementos, entre os quais uma enfermeira-chefe especialista em Saúde Materna e Obstétrica, 18 EESMO (dos quais três são mestres e uma é mestranda), sendo os restantes elementos enfermeiros generalistas (uma enfermeira com o curso de Supervisão e tutoria clínica em Enfermagem e uma enfermeira pós-graduada em Administração e gestão dos serviços de saúde). Desta equipa, duas enfermeiras colaboram como docentes no Instituto Piaget de Silves e com a Escola Superior de Saúde de Beja, três são formadoras em Suporte Imediato de Vida Pediátrico e uma é responsável pela organização e implementação da formação em serviço. É uma equipa participativa em eventos técnico-científicos, integrante de comissões científicas ou organizadoras e também participando como palestrantes. Foi da sua autoria a criação do curso de PPN com articulação multidisciplinar, o cantinho da amamentação e a consulta de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Em cada turno está sempre presente pelo menos um EESMO que assume a responsabilidade pela equipa de Enfermagem e pelos AO. A sua distribuição pelas diferentes

valências é estabelecida pela enfermeira-chefe previamente. Em cada turno, existem sempre três enfermeiros, em que dois são EESMO e uma enfermeira generalista. Nos dias úteis, em que está a funcionar o Bloco Operatório do serviço, são escalados mais três enfermeiros, generalistas ou especialistas, que fazem o horário de funcionamento do Bloco Operatório, das 8h às 20h. O rácio EESMO/utente neste serviço está de acordo com o cálculo das dotações seguras da OE (2014).

A equipa dos AO é formada por 11 elementos. Trabalhando por *roulement*, existem sempre duas AO em cada turno, à exceção do turno da manhã dos dias úteis, onde estão três escaladas.

A equipa do Bloco de Partos é motivada a centralizar os cuidados na parturiente e acompanhante durante o TP e parto, permitindo a escolha e decisão adequadas aos recursos físicos e humanos existentes, que não comprometam a deontologia dos profissionais. A prática assistencial guia-se pelas recomendações da OMS “*Intrapartum care for a positive childbirth experience*”, atualizadas em 2018.

#### 2.2.2. Caracterização dos recursos materiais

Este serviço, estando incorporado numa unidade hospitalar, apresenta os recursos materiais elementares. O que pode diferir para outros serviços semelhantes, é o que será aqui nomeado.

Em relação à sala de partos, cada uma é composta por uma cama de parto articulada com perneiras, um cardiotocógrafo com funcionalidade *wireless*, um cadeirão, um kit de massagem de relaxamento e alívio de dor, um berço aquecido equipado para a prestação de cuidados imediatos ou de reanimação ao RN, uma banheira para o banho do RN em caso de necessidade, uma ou duas bombas infusoras e o acondicionamento de todo o material possível de utilizar durante o TP e parto.

Outros dos recursos físicos que podem ser nomeados são os programas informáticos. Esta unidade realiza os registos dos episódios de urgência no programa Alert®, que permite visualizar o n.º de utentes triados, a triagem realizada e em que secção se encontram, fazer todo o tipo de registos (nota escrita, monitorizações, intervenções), aceder ao estado e resultado de análises e exames realizados e dar alta no sistema. Por sua vez, os registos



da grávida, parturiente, puérpera e RN internados na instituição são realizados no SClínico Hospitalar, com acesso ao SAM (Sistema de Apoio Médico), incluindo a notícia de nascimento. Como programa de apoio à prescrição médica, serviço de nutrição e farmácia existe o GHAF (Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia). Neste são geridas as dietas, visualizadas as prescrições médicas, atitudes terapêuticas e solicitado material/medicação ao armazém e farmácia.

Internamente, a equipa de Enfermagem do Bloco de Partos criou o seu próprio Livro de Nascimento informático, onde é posteriormente possível aceder aos dados de cada parto, utilizando múltiplas variáveis como, “tipo de parto”, “ano” ou “sexo do RN”. Desta forma, é mais facilmente retirada e trabalhada a informação para fins estatísticos.

### 2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O processo de aquisição de competências é a sequência de atividades que têm como objetivo alcançar a competência. Competência é sinónimo de aptidão, que significa estar capacitado para realizar tarefas de uma determinada área, por ser detentor de um conhecimento teórico-prático consonantes (Dicionário infopédia da Língua Portuguesa, 2018). É um termo implícito nos processos de aprendizagem. Aliás, estes existem para gerar competências adicionais. Nesse sentido, existem cursos como o MESMO para aumentar as competências dos enfermeiros numa determinada área.

As especialidades em Enfermagem vão ao encontro das necessidades de saúde das populações (Silva et al., 2018), numa atualidade em que se exige a excelência dos cuidados a uma população com maior longevidade e, por isso, com mais complicações e necessidades. Além disso, a evolução da ciência prima pela melhoria do que já existe, havendo a tendência para haver uma especialização cada vez maior, de forma a otimizar os ganhos nas diferentes áreas.



Sendo enfermeira, com o MESMO ganhei competências adicionais e específicas nesta área. Para tal, foi necessário um corpo de conhecimentos teórico-práticos, fornecidos pelas aulas presenciais, estudo pessoal e momentos práticos em contexto real. Daí este tipo de curso ser estruturado por períodos teóricos e práticos.

O estágio final deste curso foi o último momento de aprendizagem, sendo este de carácter prático, com a duração de 432h, que teve como objetivo principal a aquisição, desenvolvimento e consolidação de competências como EESMO. Cerca de 264h deste estágio decorreram no Bloco de Partos do CHUA – Hospital de Portimão, como já previamente mencionado. Aqui pude adquirir, desenvolver e consolidar as competências de diagnóstico/apreciação, de planeamento, de execução, de avaliação, de gestão dos cuidados, de ética e responsabilidade profissional como EESMO num Bloco de Partos, conforme o instrumento de avaliação do estágio (Anexo III). A identificação destas competências avaliadas tem como base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2010b). É importante mencionar que, para além das competências da área de estudo, é juntamente com as competências comuns dos enfermeiros especialistas que se perfaz o perfil de competências do EESMO.

A realização deste relatório trouxe-me a oportunidade de aprofundar os meus conhecimentos na área da PPN, área de interesse desde o início do curso. Durante os estágios fiquei desperta para alguns fenómenos que me suscitaram questões. Foi por isso fácil construir a pergunta que me levou ao início deste trabalho: Tem a PPN influência no TP e parto? Com interesse, implementei ações de forma a alcançar os objetivos propostos e assim chegar a resultados que me permitiram inferir uma conclusão que irá certamente pautar a minha abordagem a este tema enquanto EESMO.

O trabalho que desenvolvi teve por base as conclusões da comunidade científica sobre a temática, através da revisão da literatura realizada; a experiência dos EESMO, que advém da sua prática diária e expressa através da sua entrevista; e da perspetiva da mulher, colhida através de questionários. Tudo isto culminou na aquisição de saberes que me permitem ir ao encontro da subunidade de competência do Regulamento das Compe-

tências Específicas do EESMO: “H2.1.7. Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável.” (OE, 2010b, p. 4).

### 3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Ao longo dos anos, diferentes autores expressam ideias semelhantes sobre o significado de “objetivo” no processo de investigação. Recentemente, Sousa (2009) refere que é o problema encontrado que define o objetivo. Em concordância com Fortin, Côte e Fillion (2009), este autor acrescenta que o objetivo é o ponto de partida para a solução do problema. Atingir os objetivos significa responder à questão de partida, produzindo no caminho conhecimento científico (Morais, 2013).

O objetivo torna-se o condutor da investigação. Segundo Fortin et al. (2009), são os objetivos que definem o tipo de estudo e, consequentemente, as metodologias a utilizar. Este deve exprimir uma intenção clara e concisa, que permita planejar intervenções objetivas.

#### 3.1. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O objetivo geral da intervenção realizada é demonstrar a influência da PPN no TP e parto. Este surge da minha natural curiosidade sobre fenómenos observados em contextos de estágio, em locais geográficos diferentes.

Teoricamente, a PPN embarga grandes benefícios e ganhos para a mulher em TP e parto, como é identificado na revisão da literatura efetuada. Porém, não coincidiu na maioria das vezes com a observação *in loco*: apesar da facilidade de acesso ao curso de PPN (maioritariamente ministrados nos Centros de Saúde e de forma gratuita) e do apoio legal que permite à mulher grávida trabalhadora ser dispensada para qualquer intervenção de Saúde Materna, verificou-se uma baixa frequência das mulheres internadas nos Blocos de Parto nestes cursos. Por outro lado, as mulheres que frequentaram um curso de PPN, apresentavam pouco autocontrole e gestão ineficaz da dor e stress durante o TP e parto, com uma atitude maioritariamente passiva e pouco participativa.

### 3.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO

Tendo por base o objetivo geral já construído e identificado, torna-se necessário ramificá-lo de forma a dirigir especificamente as ações a realizar. Por norma, o objetivo geral deve abranger a finalidade da investigação. Porém, é necessário criar objetivos específicos para guiar os passos a realizar de forma a alcançar o objetivo geral.

Neste trabalho, a população-alvo tem duas origens diferentes. Ambos os estudos confluem para alcançar o objetivo geral. Daqui advém que, a formulação dos objetivos específicos inclua os dois tipos de população-alvo estudadas.

Posto isto, os objetivos específicos são:

- Identificar os contributos da PPN na mulher em TP e parto;
- Descrever a perceção dos EESMO sobre a influência da PPN na mulher em TP e parto;
- Otimizar o curso de PPN da instituição onde decorreu o estágio final.

Após o conhecimento da realidade do serviço, houve necessidade de alterar o último objetivo específico proposto inicialmente: “Implementar estratégias no Bloco de Partos para promover a PPN”. Com a pré-existência de um curso de PPN na instituição, optou-se pela sua otimização como alternativa.



#### **4. METODOLOGIAS**

Metodologia pode definir-se como a “arte de dirigir o espírito na investigação da verdade” (Dicionário infopédia da Língua Portuguesa, 2018). Assim, aplicando-se à investigação, metodologia compreende o conjunto de intervenções utilizadas na realização da investigação (Fortin et al., 2009).

Existem diferentes tipos de metodologia. A escolha depende do tipo de estudo que se pretende realizar. Se quantitativo, pretende-se a medida objetiva de algo; se qualitativo, compreende-se algo que é subjetivo (Fortin et al., 2009). É intuitivo entender que, se o que se estuda é diferente, as maneiras de o fazer também serão.

O estudo em questão é de carácter quali-quantitativo não experimental, do tipo descritivo, o que pressupõe a utilização de ambas as metodologias, utilizadas em populações-alvo diferentes. Na população-alvo de puérperas a metodologia é de carácter quantitativa, uma vez que foi aplicada uma escala que mede vários itens que foram medidos. Por sua vez, na população-alvo dos EESMO, o instrumento de colheita de dados foi uma entrevista semiestruturada que foi posteriormente analisada, tendo por base resultados que advêm da subjetividade de cada um dos participantes, próprio da metodologia de carácter qualitativa.

Nos subtítulos seguintes será explicado de que forma as metodologias foram aplicadas, segundo as diferentes fases do estudo.

##### **4.1. FASE DE PREPARAÇÃO**

Escolhido o tema, identificada a pergunta de partida e definidos os objetivos geral e específicos, interessa agora perceber de que maneira se deve dar rumo ao trabalho. Como tal, foi realizada uma revisão da literatura com vista a saber o estado da arte sobre o tema. Para além deste objetivo inerente às revisões da literatura, existiu outro que também foi considerado: observar a maneira como a comunidade científica tratou o mesmo tema

(Fortin et al., 2009). Desta adveio a escolha dos instrumentos de colheita de dados a aplicar a cada população-alvo.

Em relação à população-alvo das puérperas, foi decidido aplicar um questionário constituído por duas componentes: avaliação sociodemográfica e uma escala de autores (QESP), construída e validada para a população portuguesa por Costa, Figueiredo, Pacheco, Marques & Pais (2004). Segundo Fortin et al. (2009), as escalas de medida permitem a avaliação do próprio indivíduo nos aspetos que se pretendem estudar. A parte sociodemográfica tem como objetivo caracterizar a população-alvo. Já a escala utilizada, tem o propósito de avaliar a experiência e satisfação da mulher com o TP e parto vivenciados. Ao contrário dos autores que aplicaram a escala nos cinco dias do pós-parto, o instrumento seria aplicado nas primeiras 48h do pós-parto, de forma a abranger a maior parte do tempo de internamento das puérperas. Os critérios de inclusão foram: parto de nascituro vivo e saber ler e escrever português.

Quanto aos EESMO do Bloco de Partos, foi decidido aplicar um instrumento de colheita de dados também com duas componentes: questionário sociodemográfico e uma entrevista semiestruturada. Fortin et al. (2009) indica-nos que a entrevista está muitas vezes na base das investigações qualitativas. O objetivo desta aplicação é verificar a perceção destes profissionais sobre a influência dos cursos de PPN na mulher em TP e parto. Este instrumento foi aplicado quando houve disponibilidade durante o horário de trabalho ou tempo livre dos EESMO.

Os autores Fortin et al. (2009) e Sousa (2009) aconselham uma pré-aplicação dos instrumentos de colheita de dados a uma amostra aleatória da população em estudo para deteção de erros. O pré-teste pode ser definido como a “medida de uma variável efetuada junto dos sujeitos antes do tratamento experimental.” (Fortin et al., 2009, p. 577). Esta salvaguarda o futuro do estudo, uma vez que permite, em caso de erro, a correção do instrumento. Carmo (2013), citando Mattar (1994), defende que em instrumentos bem construídos, a aplicação de dois ou três pré-testes é suficiente. Face ao tamanho da amostra de ambas as populações-alvo que se previa obter, foram realizados dois pré-testes em cada uma. Tal permitiu verificar que apenas no instrumento de colheita de dados da população-alvo das puérperas, foi necessário proceder às seguintes alterações:

- no campo “Estado civil” faltavam as opções “Viúva” e “Divorciada” que foram acrescentadas;
- no item 100 do QESP, a questão estava direcionada para o TP e não para o parto, sendo precisamente igual ao item 98, tendo sido corrigida.

#### 4.2. FASE DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Esta fase caracteriza-se pelo início da colheita de dados: a aplicação dos instrumentos. Em relação à população-alvo das puérperas, em cada dia de estágio pude consultar o programa SClínico para verificar quais as puérperas internadas que reuniam os critérios de inclusão para participarem no estudo. Quando o volume de trabalho desse mesmo dia permitia, em horário adequado, foram visitadas no serviço de Obstetrícia. Após me apresentar, introduzi o trabalho que estava a desenvolver, convidando-as a colaborar. Às que aceitaram participar, foram entregues os consentimentos (Apêndice I) e o questionário (Apêndice II). A entrega deste preenchido era diretamente a mim ou à equipa de Enfermagem do serviço de Obstetrícia. A colheita destes dados realizou-se de 11 de abril a 21 de junho de 2018, havendo um total de 30 participantes. Os dados colhidos foram analisados através do *Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics)*.

Quanto à realização das entrevistas à população-alvo dos EESMO, houve alguma dificuldade no espaço para a sua realização num ambiente calmo que facilitasse o processo, assim como a gravação, face ao volume de trabalho. Apesar da disponibilidade da equipa, apenas foi possível realizar uma em contexto clínico. Como alternativa, foi enviado informaticamente o questionário (Apêndice III) em formato *Word* para poder ser respondido por escrito, para que os restantes 17 EESMO da equipa pudessem participar, sendo devolvida posteriormente. Os participantes assumiram a sua colaboração assinando o consentimento (Apêndice IV). A colheita destes dados realizou-se de 1 de junho a 31 de julho de 2018. Houve apenas quatro participantes. A análise das entrevistas foi feita através do programa IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), versão 0.7 alpha2, *software* utilizado para análise de dados em pesquisas qualitativas.



Foi também realizada uma reunião com a enfermeira-chefe do Bloco de Partos com o intuito de conhecer o modelo do curso de PPN da instituição. Este assenta num modelo teórico-prático, com uma equipa multidisciplinar (composta por dois EESMO, duas Fisioterapeutas e uma Nutricionista), como sugerido pela DGS (2015). Dos conteúdos programados para este curso, em contraste com os sugeridos pelo autor anterior, pode-se mencionar a ausência de destaque para os seguintes temas: saúde oral, física e mental; tipos de parto; analgesia no TP e parto (para além da epidural); massagem perineal e colheita de sangue para células estaminais.

#### 4.3. FASE DE IMPLEMENTAÇÃO

Esta fase inicia-se após uma variada colheita de dados. Primeiramente foram colhidos e analisados os dados referentes à experiência e satisfação do parto das puérperas. Posteriormente, executada a análise dos dados colhidos nas entrevistas aos EESMO do Bloco de Partos sobre a perceção destes profissionais na influência dos cursos de PPN no TP e parto. A reunião com a enfermeira-chefe do Bloco de Partos permitiu colher dados referentes ao modelo do curso de PPN da instituição.

As conclusões resultantes, juntamente com a análise da revisão da literatura, permitiram a aglomeração de ideias concordantes de que os cursos de PPN influenciam de forma positiva a mulher em TP e parto. Para dar a conhecer estes resultados à equipa de Enfermagem do Bloco de Partos, será *à posteriori* da conclusão deste trabalho, convocada uma sessão no âmbito de formação em serviço. Serão expostos os conteúdos teóricos e das análises realizadas, assim como serão sustentados alguns aspetos do modelo do curso de PPN atual e dadas sugestões de enriquecimento do mesmo.

Dependendo do *feedback* desta exposição, as sugestões da intervenção poderão ser consideradas em reunião de equipa do curso de PPN da instituição. A sua implementação dependerá inteiramente desta mesma equipa.



#### 4.4. METODOLOGIA – FASE DE AVALIAÇÃO

Durante o desenrolar do trabalho, houve vários momentos de *feedback* positivo da equipa de Enfermagem do Bloco de Partos e serviço de Obstetrícia.

Formalmente, o momento de avaliação culminará numa sessão de formação em serviço, onde será preenchida uma grelha de avaliação com o objetivo de avaliar os conteúdos da formação e a formadora.

A avaliação da intervenção proposta apenas será possível fazer aquando a sua implementação pela instituição.

## 5. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO

Como já previamente mencionado, após o estabelecimento dos objetivos deste trabalho, foi realizada uma revisão da literatura com vista a examinar a produção científica atual sobre a temática.

Nesta revisão da literatura foram utilizados estudos de caráter descritivo, descritivo-correlacional, exploratório, comparativo, retrospectivo, de natureza qualitativa e quantitativa, uma dissertação de mestrado e uma tese de doutoramento. Em todos eles, as amostras foram constituídas por mulheres, grávidas ou puérperas, e em apenas dois foram incluídos Parteiras e Peritos da área.

A prática baseada na evidência pressupõe que a pesquisa científica seja orientada segundo a estratégia PICO (Paciente, Intervenção, Comparação e *Outcomes*) (Santos, Pimenta & Nobre, 2007). Nesta estratégia encontra-se a questão científica a que se pretende dar resposta: Tem a PPN influência no TP e parto da mulher que a realiza?

Assim, nesta revisão da literatura, define-se como estratégia PICO, a demonstrada na Tabela 2.

**Tabela 2 - Estratégia PICO utilizada na revisão da literatura**

<b>P</b>	Mulheres, grávidas ou puérperas, com um ou mais nados-vivo resultante do último parto, que sabem ler e escrever, que participaram ou não em qualquer tipo de PPN.
<b>I</b>	Ter realizado PPN.
<b>C</b>	Comparação dos <i>outcomes</i> entre as experiências de TP e parto das puérperas que realizaram PPN e as que não realizaram.
<b>O</b>	Existência de diferenças significativas nas experiências de TP e parto entre as puérperas que realizaram PPN e as que não realizaram.

Através da plataforma EBSCOhost acedeu-se a várias bases de dados relacionadas com investigação nas áreas das Ciências da Saúde e de Enfermagem, nomeadamente a CINAHL® Plus, *Nursing & Allied Health Collection*, *Cochrane Plus Collection*, MedLatina e MEDLINE®. Para além destas, foram também explorados o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e o Repositório Digital de Publicações Científicas da Universidade de Évora.

Os descritores em Ciências da Saúde utilizados nas pesquisas foram: Educação Pré-Natal/ *Prenatal Education*, Gestantes/ *Pregnant Women*, Trabalho de Parto/ *Labour*, *Obstetric*, Parto/ *Delivery*, Enfermeiras Obstétricas/ *Nurse Midwives* e Estudos de Avaliação/ *Evaluation Studies*. Foram utilizados os descritores na língua portuguesa e inglesa nas diferentes plataformas para realizar a pesquisa, utilizando a equação booleana.

Foram encontrados 138 resultados, resumindo-se para 44 quando o limite da data de publicação corresponde aos últimos 10 anos. O espaço temporal é superior a cinco anos para poder incluir alguns estudos realizados em Portugal. Destes, os critérios de inclusão foram:

- Estudos sobre a relação entre a PPN e a experiência de TP e parto das mulheres;
- Ter pelo menos o resumo disponível;
- Documentos em língua portuguesa, espanhola ou inglesa.

Como critérios de exclusão, para além dos opostos à inclusão, não foram considerados estudos com pouca evidência científica, como os estudos de amostras pequenas ou estudos de amostras de populações muito específicas. Do total, apenas 9 artigos corresponderam aos critérios. Para avaliar os níveis de evidência científica dos estudos selecionados, foi utilizada a *Classificação de Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*.

**Tabela 3 - Classificação de *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* dos estudos selecionados**

<i>Childbirth Education Class and Birth Plans Are Associated with a Vaginal Delivery</i>	<b>2B</b>
Construir a confiança para o parto: desenvolvimento e avaliação de um programa de intervenção em Enfermagem	<b>2B</b>
Educar Para Aliviar a Dor	<b>2B</b>
Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison	<b>2B</b>
Aprender para bem nascer!...	<b>2B</b>
Adaptação à Parentalidade: Experiência do parto e <i>Bonding</i>	<b>2B</b>
<i>A qualitative descriptive study of the group prenatal care experience: perceptions of women with low-risk pregnancies and their midwives</i>	<b>2B</b>
Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo	<b>2B</b>
Vivências da Maternidade: Expectativas e Satisfação das mães no Parto	<b>4</b>

Das diferentes investigações analisadas resultaram vários achados: as mulheres que realizaram PPN tiveram maior n.º de partos vaginais, expectativas mais positivas, maior sensação de autocontrolo/eficácia durante o TP e parto, referiram menos dor durante o TP e parto, mostraram-se melhor preparadas para o TP e parto, uma melhor vinculação mãe-bebé, entre outros. Quanto à população-alvo dos EESMO, constatou-se uma baixa frequência de estudos temáticos, o que não enriquece da mesma forma as conclusões que podem ser retiradas.

Podemos afirmar que, no geral, estas investigações confluem para a mesma conclusão: a PPN direciona a experiência de TP e parto para um nível positivo de satisfação.



### 5.1. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO DE PUÉRPERAS

Dos nove artigos seleccionados, sete incluem na sua população-alvo grávidas e puérperas. Um dos estudos mais recentes, realizado por Afsahr et al. (2017), pretendeu comparar o tipo de parto nas mulheres que fizeram PPN ou tinham plano de parto ou ambas em simultâneo, com as mulheres que não realizaram PPN nem tinham plano de parto. Tratou-se de um estudo transversal retrospectivo, que incluiu grávidas de apenas um feto, com mais de 24 semanas de idade gestacional, que tiveram o parto numa unidade hospitalar dos Estados Unidos da América, entre agosto de 2011 e junho de 2014. Após análise estatística, obtiveram como resultados que as mulheres que fizeram PPN ou tinham plano de parto ou ambas em simultâneo eram mais velhas, a maioria nulíparas, com um índice de massa corporal inferior às restantes e menos prováveis de serem afro-americanas. Além disso, as mulheres que realizaram PPN ou tinham plano de parto ou ambos em simultâneo tiveram maior probabilidade de ter um parto via vaginal. Tal permitiu-lhes concluir que realizar PPN ou ter plano de parto ou ambos em simultâneo foram associados ao parto vaginal, podendo assim a PPN influenciar o tipo de parto. Para além disso, a PPN e os planos de parto podem ser utilizados para diminuir a taxa de cesariana.

Também em 2017, Duncan et al., estudaram a PPN comparando duas formas de a fazer: um curso de PPN baseado na filosofia de *Mindfulness* (foco na mente-corpo) e um curso standard de PPN sem esta filosofia. Partiram do pressuposto que a abordagem *Mindfulness* pode aliviar a dor aguda e crónica e melhorar a tolerância da pessoa à dor. Daí se prever benefícios se aplicado ao TP, através da PPN. Realizaram um estudo controlado randomizado com nulíparas de gestações de baixo risco de apenas um feto, no final do 3º trimestre, que planeavam ter o parto numa instituição hospitalar. Participaram 26 mulheres, 13 em cada grupo: o de estudo e o de controlo. Como achados, observaram que as mulheres submetidas à PPN baseada na filosofia de *Mindfulness* apresentavam melhores perceções sobre o TP e parto e funcionamento psicológico, melhor autoeficácia durante o TP, maior conhecimento da ligação entre a mente e o corpo, menos sintomas depressivos pós-parto e menos utilização de analgesia opióide durante o TP e parto, em relação ao grupo de controlo. Concluem assim que os cursos de *Mindfulness* direccionados

para o controlo do medo e dor do TP podem trazer grandes benefícios à saúde mental da mulher, melhorar a vinculação mãe-filho e prevenir a depressão pós-parto. Além disso, também se pode concluir que as parturientes que realizaram o curso de *Mindfulness* podem utilizar os mecanismos de *coping* apreendidos em substituição aos opióides para o controlo da dor.

A tese de doutoramento de Amaro de Sousa (2015) teve como objetivo aumentar o conhecimento científico sobre a influência da autoeficácia na experiência e satisfação da mulher com o parto. Para tal, o autor desenvolveu um programa de intervenção em Enfermagem, baseado em quatro estudos diferentes, com o objetivo de aumentar a satisfação da mulher com o parto, promovendo a vinculação mãe-filho. O 1º estudo, qualitativo, exploratório, descritivo e corte transversal, teve como objetivo identificar as intervenções de Enfermagem que promovem a autoeficácia no TP. A amostra foi composta por 25 puérperas, com mais de 20 anos de idade, internadas num serviço hospitalar. Através da aplicação de uma entrevista semiestruturada, o autor descobriu que, aparentemente, a experiência anterior atua como fator mais influenciador na autoeficácia e satisfação no parto. A maior parte das entrevistadas teve uma experiência de parto positiva. O seu 3º estudo, de natureza mista, também exploratório e descritivo com corte transversal, teve como objetivo conhecer as expectativas e preferências das grávidas em relação ao TP, à PPN e à sua confiança em lidar com o TP. A amostra inclui 246 grávidas, tendo-lhes sido aplicada uma entrevista semiestruturada, duas escalas e um questionário de autoeficácia no TP. Quanto às expectativas, a maioria revelou desejar um parto normal ou natural e um TP normal, rápido e pouco doloroso; que a dor do TP e parto seria de difícil manejo, aumentando a ansiedade e o medo que já esperavam ter e que a PPN as iria ajudar a aumentar as suas capacidades e autoeficácia no TP. Já nas suas preferências, a maioria identificou o marido/companheiro como o acompanhante preferido. Por último, o 4º estudo, quasi-experimental, com desenho pré e pós-teste, com medidas repetidas e grupo de controlo, teve como objetivo dar um contributo no aumento da autoeficácia da mulher durante o TP, aumentando a sua satisfação com a experiência de parto. A amostra compõe-se por 121 grávidas, em que 66 estavam no grupo experimental e as restantes no

grupo de controlo. Nesta fase foram aplicados dois questionários após o grupo experimental ter sido submetido à intervenção desenvolvida pelo autor. Dos achados, pode-se concluir que o programa promoveu a autoeficácia da grávida no TP, que houve uma maior percentagem de partos sem analgesia no grupo experimental e que as mulheres do grupo experimental alcançaram níveis de relaxamento no TP, assim como autocontrolo significativamente superiores às do grupo de controlo.

O estudo de McDonald et al. (2014) é de carácter qualitativo, sendo descritivo. Tem como objetivo entender a experiência de um grupo de grávidas de baixo risco sobre a PPN e das Parteiras envolvidas no curso de PPN. Para tal utiliza dois tipos de amostra, pelo que neste subcapítulo apenas será abordada a das grávidas. Composta por nove elementos, esta amostra foi submetida a uma entrevista semiestruturada. Os achados revelam que, a possibilidade das grávidas poderem conhecer outras mulheres na mesma situação e partilhar as suas experiências, influenciou a sua escolha em realizar PPN. Também o facto das consultas pré-natais serem prévias à sessão facilitou a sua participação, uma vez que lhes permitia poupar tempo, assim como a possibilidade de passarem mais algum tempo com a Parteira e poderem esclarecer mais questões. As grávidas participantes referem ainda que terem realizado PPN as ajudou a sentirem-se preparadas e confiantes para o TP e o pós-parto, assim como o seu companheiro. Especificamente neste curso, as grávidas preferiam ter mais informação sobre o controlo da dor, TP, parto e estratégias de *coping*. Tais achados permitem concluir que as mulheres que realizam PPN são capazes de interagir positivamente com outras grávidas e ter uma melhor relação com a Parteira, permitindo-lhe obter maior conhecimento, satisfação, confiança e suporte.

Um estudo descritivo e exploratório, de carácter quantitativo, realizado em Portugal por Frias, Barros e Sim-Sim (2013) teve como objetivo conhecer a perceção do nascimento e do *bonding* entre mãe-RN no 1º contacto pós-parto. A amostra incluiu 60 puérperas, previamente nulíparas sem terem recorrido a analgesia epidural, tendo-lhes sido aplicadas duas escalas. Da análise da colheita de dados resulta que existe uma perceção razoavelmente boa do parto; apenas 30% apresentaram um nível elevado de *bonding*, 41,6% moderado, 21,7% pouco e 5% pobre, havendo apenas um caso de *bonding* ausente; cerca de 70% refere sentir-se muito “alegre” no pós-parto; a maioria das



puérperas apresenta uma percepção moderada da experiência de parto, tendo um elevado envolvimento emocional com o RN. Com isto, as autoras concluem ser necessário mais investigação na área de forma a discriminar as intervenções a executar para proporcionar uma melhor experiência de parto à mulher. A maneira como o TP é vivido pode influenciar o *bonding*. O cansaço que advém deste período pode acometer a vinculação no pós-parto.

Outro estudo nacional, realizado por Barros e Frias (2012), do tipo comparativo, quis conhecer a percepção do controlo da dor em parturientes que realizaram PPN, em contraste com as que não realizaram PPN. Na amostra de 385 puérperas foram-lhes aplicadas duas escalas. Como resultados obtiveram que 100 % das primíparas que não sentiram dor e 88,7% das primíparas com dor “mínima”, realizaram PPN; 93,5% das primíparas com dor “intensa” e 100% das que referiram dor “pior possível” não realizaram PPN. A conclusão do estudo remete-nos para a possibilidade da PPN aumentar o limiar da dor durante o TP percecionado pela parturiente.

Frias (2012) desenvolveu outro estudo, agora de carácter quantitativo e exploratório. O objetivo deste foi conhecer a influência do Método Psicoprofilático nas atitudes da mulher na sala de parto e durante o TP. A amostra contém 385 puérperas primíparas, à qual foi aplicada um questionário. Os resultados mostram que 55,9% das grávidas admitidas na maternidade, em início de TP, realizaram PPN sob Método Psicoprofilático; 66,9% das grávidas sem PPN tiveram de induzir o parto, em comparação com 33,1% das grávidas com PPN; as parturientes admitidas na fase de transição, pertenciam todas ao grupo sem PPN; a média de duração da fase ativa do grupo com PPN é de 3:02h, enquanto que no outro grupo é de 5:40h. A autora conclui assim que os conhecimentos transmitidos nos cursos de PPN devem não apenas englobar os aspetos anatomofisiológicos da gravidez, como também os aspetos relacionados com os sinais e sintomas de início do TP, exercícios respiratórios e de relaxamento, criando expectativas reais na mulher e um melhor autocontrolo da dor com consequente maior satisfação na experiência de parto.

Para a dissertação de mestrado de Souza e Silva (2011), foi realizado um estudo empírico com o objetivo de avaliar a experiência, expectativa e satisfação de puérperas com o TP, parto e pós-parto. A amostra é constituída por 300 puérperas e foi-lhe aplicada um



questionário. Da análise destes questionários resultou que as instalações, os profissionais de saúde e o relaxamento influenciam a satisfação da mulher; as parturientes casadas apresentaram ter maior satisfação do que as solteiras ou em união de facto; existe uma correlação fraca entre a satisfação e relaxamento com o suporte do companheiro; a preocupação aumenta com a dor sentida no pós-parto e não com a sentida no TP e parto; o parto eutócico está relacionado com maior satisfação, menos preocupação, mais relaxamento e menos dor no pós-parto que no TP e parto; as multíparas apresentaram expectativas mais ajustadas e maior satisfação que as primíparas; apenas 20,07% das mulheres fizeram PPN. De forma geral, o autor conclui que a experiência positiva e satisfação do parto relaciona-se com as instalações da maternidade, os cuidados prestados pelos profissionais de saúde, as expectativas alcançadas, o suporte social vivido, o relaxamento alcançado e as preocupações existentes.

Por fim, foi ainda considerado o estudo de Morgado et al. (2010) cujo objetivo foi analisar a antecipação da experiência de parto das grávidas que recorreram à consulta externa de Obstetrícia e Núcleo de Partos do Hospital de São Sebastião (Santa Maria da Feira) e comparar o efeito da variável “Preparação para o parto” nessa mesma antecipação. Para tal, foi realizado um estudo descritivo-correlacional, com uma amostra de 69 grávidas, com 26 semanas de gestação mínimas e aplicado um questionário. Vários foram os achados:

- Grávidas com PPN planeiam e preparam o parto melhor, esperam ter menos dor no parto e têm menos preocupações com as consequências do parto;
- Não existe diferença significativa entre os dois grupos, em relação à expectativa da sua relação com o bebé e companheiro;
- As grávidas com PPN acham que vão conseguir prestar cuidados ao bebé imediatamente após o parto;
- Grávidas sem PPN acreditam que vão sentir mais dor no parto e pós-parto;
- Grávidas com PPN preveem que a dor no pós-parto pode interferir mais na relação com o companheiro e bebé do que as grávidas sem PPN.

Como conclusões do estudo, depreende-se que as grávidas que frequentaram pelo menos quatro sessões de PPN apresentam um melhor planeamento e preparação para o parto, preveem sentir menos dor, têm mais conhecimentos sobre a analgesia epidural, mobilizam conhecimentos sobre técnicas de respiração e relaxamento, expectam demorar menos tempo a tocar no RN e preparam o enxoval primeiramente que as grávidas que não frequentam PPN.

Alguns dos estudos selecionados não discriminam o tipo de PPN que foi realizado. Existem vários modelos de PPN, podendo cada um deles, comparativamente, terem ganhos diferentes em determinados aspetos da vivência do TP e parto pela mulher. Este aspeto carece de investigação científica.

## 5.2. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Apenas dois artigos da seleção de trabalhos incluem nos seus estudos a população-alvo de EESMO. Um dos estudos inclui-se na previamente mencionada tese de doutoramento de Amaro de Sousa (2015). O 2º estudo desta tese é do tipo descritivo, de caráter quantitativo, que inclui a participação de 42 Peritos na área, com o objetivo de validar a relevância das intervenções previamente identificadas para a PPN. Foram recolhidas as opiniões e consensos dos especialistas em dois momentos. Daqui resultou a validação de 10 atividades de diagnóstico e 41 intervenções de Enfermagem relevantes para a promoção da autoeficácia da mulher em TP (Apêndice V). Estas integram o projeto desenvolvido pela mesma, o curso “Construir a confiança para o parto”. Da avaliação deste projeto, conclui-se que este teve um impacto positivo na experiência e satisfação do parto devido ao facto das puérperas do grupo experimental referirem mais sentimentos positivos do que o grupo de controlo.

O segundo estudo é de McDonald et al. (2014). Neste, cinco Parteiras de uma clínica, através de uma entrevista, dão o seu ponto de vista em relação aos cursos de PPN. As

Parteiras referem que a motivação principal para fornecerem este tipo de cuidado é a criação de uma espécie de comunidade de grávidas, pois vêm a possibilidade do estabelecimento de relações importantes para cada uma delas, prevenindo o isolamento. Além disso, creem que os cursos de PPN permitem uma melhor educação pré e pós-natal, contribuindo a partilha de experiências entre as próprias grávidas. Os cursos de PPN, em grupo, permitem reorganizar de forma mais rentável o tempo dos EESMO, uma vez que os ensinamentos são feitos ao mesmo tempo para várias mulheres.

Existem poucos estudos com Peritos da área na amostra. Um dos estudos selecionados para esta revisão da literatura tem uma amostra de reduzidas dimensões, acometendo a globalidade das suas conclusões.

## **6. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES**

O termo população em investigação define um conjunto de elementos que têm em comum determinadas particularidades (Fortin et al., 2009). A identificação da população é a tarefa inicial do método de amostragem. Desta população, os elementos que efetivamente serão objetos de estudo constituem a população-alvo. Para tal, é necessário reunir os critérios de inclusão no estudo. O mesmo autor refere que, devido à impossibilidade de estudar a totalidade dos elementos da população-alvo, os elementos que estão ao alcance do investigador são tratados como a população acessível – a que efetivamente será objeto de estudo.

### **6.1. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO**

Da população-alvo advém a população acessível. É a partir dela que se consegue retirar a amostra que, segundo Sousa (2009), é detentora de todas as características da população que se quer estudar, sendo representativa.

A amostra do estudo quantitativo tem por base a população de puérperas, sendo a população-alvo todas as puérperas que do parto resultaram nascituros vivos e que sabem ler e escrever português. Por sua vez, a população acessível são as puérperas com estes critérios, que estejam internadas no serviço de Bloco de Partos/Obstetrícia do CHUA - Hospital de Portimão.

Já a amostra da parte qualitativa do estudo tem por base a população de EESMO, sendo a população-alvo os EESMO que trabalham em Blocos de Parto. Assim, a população acessível, serão os EESMO que trabalham no Bloco de Partos do CHUA - Hospital de Portimão.

Posto isto, o método de amostragem em ambos os casos é não probabilístico, com amostras acidentais. O método de amostragem não probabilístico é frequentemente utilizado em estudos de pequenas dimensões (Sousa, 2009). O facto de serem ambas as amostras acidentais, significa que se constroem à medida da disponibilidade dos elementos da



população acessível, ou seja, o local e o momento é que determinam os elementos que a constituem (Fortin et al., 2009).

## 6.2. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

Neste subcapítulo serão expostas as características de ambas as amostras, de puérperas e de EESMO, que foram estudadas. Como já previamente referido, as amostras advêm da população acessível que, por sua vez, resulta da população-alvo.

### 6.2.1. Caracterização da população-alvo de puérperas

A amostra desta população-alvo é constituída por 30 elementos, com um leque de idades que varia dos 19 aos 42 anos. Cerca de 3,3% dos elementos têm uma idade inferior a 20 anos, 20% têm entre 20 e 24 anos, a maior parte da amostra que representa 33,3% tem entre 25 e 29 anos, 16,7% têm entre 30 e 34 anos e, por último, 6,7% têm entre 40 e 44 anos.

Quanto à origem das puérperas, 3,3% são de origem angolana, 3,3% romena, 13,3% de origem brasileira e as restantes 80% portuguesa. Cerca de 83,3% residem no distrito de Faro, 6,7% no de Santarém e 3,3% no distrito do Porto. Os restantes 6,7% correspondem a uma não resposta e a uma residente em Angola. A maioria das inquiridas (17) vivem numa cidade, 10 vivem em vilas e três vivem em aldeias.

Em relação ao estado civil, a maior parte (46,7%) é solteira, 30% estão casadas e 20% em união de facto. Os restantes 3,3% representam o estado de divorciada.

A maior parte das inquiridas (46,7%) tem o 12º ano, cerca de 23,4% têm entre o 6º e o 9º ano, sendo as licenciadas o grupo que procede com uma representação de 23,3%. Inclui-se também uma puérpera com grau de mestre, que prefigura cerca de 3,3% e houve uma não resposta (3,3%).

A situação profissional das inquiridas, na sua maioria (56,7%) é empregada e a tempo inteiro (70,59 %). Apesar disso, ainda há uma grande percentagem, 43,3%, de mulheres desempregadas. Em relação às suas profissões, estas foram agrupadas segundo a Classificação Portuguesa das Profissões (Instituto Nacional de Estatística, 2011). A maior parte,

26,7%, são não respostas. De seguida, cerca de 20% são vendedoras em loja. As restantes profissões estão identificadas na tabela de frequências no Apêndice VI.

Em relação à sua saúde sexual e reprodutora, metade das inquiridas eram primigestas, 30% gesta II e 16,7% gesta III ou mais. Neste item apenas há uma não resposta (3,3%). Também por isso, a maior parte eram Para I, depois Para II e por fim, Para III ou mais. Cerca de 63,3% referem ter passado por um parto eutócico, 20% por cesariana e 6,7% por ventosa. Os restantes 10% referem-se a partos de carácter misto, ou seja, que se iniciam num determinado tipo e terminam noutro diferente.

Para este estudo, recolheram-se alguns dados sobre a última gravidez. A grande maioria, 76,7%, refere que a gravidez foi planeada. A totalidade das inquiridas regista que vigiou a sua gravidez. O n.º de consultas desta vigilância difere, sendo que a maior parte (40%), tem 9 ou mais consultas. Os restantes dados encontram-se na seguinte Tabela 4.

**Tabela 4 - N.º de consultas de vigilância da última gravidez das puérperas**

		Frequência	Percentagem (%)	% válida	% cumulativa
Válido	<i>missing</i>	6	20,0	20,0	20,0
	4 ou menos	2	6,7	6,7	26,7
	5 – 8	10	33,3	33,3	60,0
	9 ou mais	12	40,0	40,0	100,0
	<b>Total</b>	30	100,0	100,0	

Quanto ao último parto, 83,3% não tinham plano de parto. Das 30 inquiridas, apenas 13,4% (quatro mulheres) tinham plano de parto. Houve uma não resposta neste item (3,3%). Também a maioria não realizou um curso de PPN (56,7%). Da totalidade das 43,3% que realizaram PPN, 84,6% frequentaram no Centro de Saúde, 7,7% no Hospital de Portimão e 7,7% numa clínica. A maior parte participou em mais de 10 sessões. Apenas três das inquiridas referem ter frequentado menos de cinco sessões. A grande maioria iniciou o curso estando no 3º trimestre de gravidez. Ainda em relação à PPN, é possível verificar que:

- 46,15% das mulheres que realizaram PPN encontram-se na faixa etária dos 25 aos 29 anos, representado o maior n.º de mulheres que realizaram este curso;
- 61,54% das mulheres que realizou PPN reside numa cidade;
- 53,85% das mulheres que realizou PPN são solteiras;
- 50% das mulheres com o 6º ano e 12º ano, 42,86% das licenciadas, 20% das mulheres com o 9º ano e 100% das mestres realizaram PPN;
- 69,23% das mulheres que frequentaram um curso de PPN eram Gesta I;
- 69,23% que realizaram PPN tiveram um parto eutócico, em contraste com os 52,94% de partos eutócicos das mulheres que não realizaram PPN.

A maioria (66,7%), optou como controlo da dor a analgesia epidural. As restantes técnicas analgésicas estão representadas na tabela 5.

**Tabela 5 - Tipos de controlo de dor escolhidos pelas puérperas no último TP e parto**

		Frequência	Percentagem (%)	% válida	% cumulativa
Válido	<i>missing</i>	1	3,3	3,3	3,3
	Anestesia Geral	2	6,7	6,7	10,0
	Epidural	20	66,7	66,7	76,7
	Localizada	1	3,3	3,3	80,0
	Nenhum	3	10,0	10,0	90,0
	Vários	3	10,0	10,0	100,0
	<b>Total</b>	30	100,0	100,0	

#### 6.2.2. Caracterização da população-alvo de enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica

A amostra desta população-alvo é apenas constituída por quatro elementos. Segundo Fortin et al. (2009), o n.º de elementos da amostra da investigação qualitativa é usualmente pequeno, sendo determinado quando se atinge a saturação dos dados, em que não há introdução de novas informações. Apenas com quatro elementos, esta amostra apresenta tais características.

Em relação à variável “idade”, identifica-se que 50% dos elementos da amostra têm cerca de 40 anos, 25% menos de 40 anos e os restantes 25% mais que 40 anos. Quanto às variáveis “sexo”, “nacionalidade” e “estado civil”, todos os elementos da amostra são do sexo feminino, portuguesas e casadas. Cerca de 75% de elementos da amostra são pós-licenciadas e 25% mestres.

Relativamente aos anos de experiência enquanto EESMO, 25% têm até cinco anos de experiência, 50% têm entre seis a dez anos de experiência e 25% têm mais de 10 anos. Apesar disso, todos os elementos da amostra têm mais anos de experiência na área do que enquanto EESMO, o que é comum. Assim, 25% da amostra têm até 10 anos de experiência na área, 50% entre 11 a 15 anos e 25% mais de 15 anos. Desta experiência profissional, a exercida em Bloco de Parto foi de até 10 anos em 50% da amostra, entre 11 a 15 anos em 25% e mais de 15 anos nos restantes 25%.

Em relação à PPN, 50% da amostra teve formação específica na área, ao contrário dos restantes 50%. Em relação à experiência de ministração de cursos de PPN apenas 25% admitem ter, ao contrário dos restantes 75%.

### 6.3. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECIFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

As necessidades de uma população apenas são conhecidas quando aferidas por um instrumento de medida. Este permite a colheita dos dados que nos levarão à produção de conclusões finais, daí a importância da sua fidelidade e validade (Fortin et al., 2009).

Este estudo engloba duas amostras de população-alvo diferentes, pelo que teremos dois instrumentos de avaliação distintos. Os dados foram tratados de forma estatística, recorrendo aos *softwares IBM SPSS Statistics 24* e *IRaMuTeQ version 0.7 alpha2*.

Os resultados da aplicação de ambos os instrumentos, não só permitiu caracterizar as amostras, como realizar o diagnóstico da situação. É este que aponta a direção da implementação da intervenção.



### 6.3.1. Necessidades específicas da população-alvo de puérperas

A deteção das necessidades desta população-alvo advém da análise dos dados colhidos com o instrumento aplicado. Como já previamente mencionado, este tratou-se de um questionário com duas partes distintas, sendo que a primeira teve como objetivo caracterizar a amostra e a segunda, entender os factos que se pretendiam estudar, através da escala de autores QESP. Trata-se de um questionário que visa avaliar a experiência e satisfação da mulher com o parto (Costa et al., 2004). É neste subcapítulo que serão analisados os dados colhidos com esta escala.

O questionário é composto por 104 itens, cujo objetivo é que a mulher atribua um *score* predeterminado a cada um, de acordo com a sua experiência. A fidelidade deste instrumento foi avaliada através da sua consistência interna. Fortin et al. (2009) explica que a fidelidade se reporta à consistência da medida feita pelo instrumento em situações diferentes, nas mesmas condições. Um dos critérios que a permite avaliar é a consistência interna, que significa a consonância entre todos os enunciados. Como esta escala é do tipo *Likert* (ou escala aditiva, que expressa em n.º o acordo ou desacordo do participante com cada item), foi calculado o coeficiente do Alfa de *Cronbach* ( $\alpha$ ), pois existem várias opções de *scores* por item. O mesmo autor indica que este coeficiente deve ser sempre calculado a cada utilização da escala. Por isso, através do *software* IBM SPSS *Statistics* versão 24, calculou-se resultando  $\alpha = 0,97$ , sendo ligeiramente superior ao calculado pelos autores ( $\alpha = 0,90$ ) (Costa et al., 2004). Segundo Fortin et al. (2009), o coeficiente do Alfa de *Cronbach* varia entre 0,00 e 1,00, sendo que a consistência interna de uma escala é tanto maior quanto mais próximo do 1,00, o que sugere que a escala utilizada nesta amostra tem uma elevada consistência interna.

Primeiramente foram analisados isoladamente os itens que mais se relacionavam com a PPN e com atitudes que despoletaram curiosidade neste tema, nomeadamente os itens: 18 - “Usou métodos de respiração e relaxamento durante o TP”; 19 – “Usou métodos de respiração e relaxamento durante o parto”; 20 – “Qual o relaxamento que conseguiu atingir, durante o TP”; 21 – “Qual o relaxamento que conseguiu atingir, durante o parto”; 24 – “Sentiu que tinha a situação sobre controlo, durante o TP”; 25 – “Sentiu que tinha a situação sobre controlo, durante o parto”; 26 – “Sentiu que tinha a situação sobre controlo,

logo após o parto”; 27 – “Sentiu-se confiante, durante o TP”; 28 – “Sentiu-se confiante, durante o parto”; 29 – “Sentiu-se confiante, logo após o parto”; 39 – “Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao TP”; 40 – “Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao parto”; 41 – “Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao pós-parto”; 57 – “Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou durante o TP”; 58 – “Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou durante o parto” e 59 – “Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou logo após o parto”. Todos estes itens têm um *score* de 1 a 4. A interpretação dos dados será feita agrupando os itens que expressam momentos semelhantes, considerando sempre  $N = 30$  e os *missing*.

Em relação aos itens 18 (“Usou métodos de respiração e relaxamento durante o TP”) e 19 (“Usou métodos de respiração e relaxamento durante o parto”), dispõem-se as suas médias ( $\bar{X}$ ), modas ( $m_o$ ) e frequências em percentagem (%), segundo a Tabela 6.

**Tabela 6 - Tabela de frequências do uso de métodos de respiração e relaxamento no TP e parto**

	$\bar{X}$	$m_o$	Frequência (%)				
			Nada (1)	Um pouco (2)	Bastante (3)	Muito (4)	<i>Missing</i>
<b>It 18</b>	2,87	4	3,3%	26,7%	23,3%	40%	6,7%
<b>It 19</b>	2,47	2	13,3%	36,7%	13,3%	30%	6,7%

Verifica-se que a média de ambos se situa acima da média do *score* ( $\bar{X} \text{ score} = 2$ ), o que indica que a maioria das mulheres usou métodos de respiração e relaxamento durante o TP e parto “bastante” e “muitas” vezes. Porém, segundo a moda de cada item, estas técnicas foram mais vezes mobilizadas durante o TP do que durante o parto, porque houve mais mulheres a referir que as mobilizou “muito” no TP e mais mulheres a referir que as mobilizou “um pouco” durante o parto. Este facto pode ser explicado não só pela diferença temporal que cada período engloba (o parto tem uma duração muito inferior ao TP), mas também pelo nível de stress e dor vivido no período expulsivo, sendo mais difícil o autocontrolo.

Os resultados anteriores foram cruzados com a variável “PPN”. Considerando N=30, apenas 13 realizaram PPN (43,3%) e os restantes 17 elementos não realizaram (56,7%). Observa-se que, das nove mulheres que pontuaram ambos os itens com o *score* máximo, sete realizaram PPN, sendo que apenas duas destas não realizaram. Aparentemente, o que estas duas mulheres têm em comum é o facto de não serem primigestas, apesar de uma ser primípara e a outra múltípara.

Quanto aos itens 20 (“Qual o relaxamento que conseguiu atingir, durante o TP”) e 21 (“Qual o relaxamento que conseguiu atingir, durante o parto”), retiram-se os dados apresentados na Tabela 7.

**Tabela 7 - Tabela de frequências do nível de relaxamento atingido no TP e parto**

	$\bar{X}$	$m_o$	Frequência (%)				
			Nada (1)	Um pouco (2)	Bastante (3)	Muito (4)	<i>missing</i>
<b>It 20</b>	2	2	20%	43,3%	26,7%	3,3%	6,7%
<b>It 21</b>	1,97	1	36,6%	20%	26,7%	10%	6,7%

Desta análise infere-se que o nível de relaxamento que a mulher conseguiu atingir durante o TP e parto não foi superior à  $\bar{X}$  do *score*. Durante o TP a maior parte das mulheres referem ter conseguido alcançar “um pouco” de relaxamento (43,3%), enquanto que durante o parto a maior parte refere ter alcançado “nada” de relaxamento (36,7%).

Das sete mulheres que em ambos os itens dão *scores* superiores à  $\bar{X}$ , observam-se quatro que realizaram PPN e três que não realizaram.

Segue-se a análise dos itens 24 (“Sentiu que tinha a situação sobre controlo, durante o TP”), 25 (“Sentiu que tinha a situação sobre controlo, durante o parto”) e 26 (“Sentiu que tinha a situação sobre controlo, logo após o parto”), da mesma forma (Tabela 8).



**Tabela 8 - Tabela de frequências de sensação de controlo no TP, parto e pós-parto**

	$\bar{x}$	$m_o$	Frequência (%)				
			Nada (1)	Um pouco (2)	Bastante (3)	Muito (4)	<i>missing</i>
<b>It 24</b>	2	2	30%	36,7%	23,3%	6,7%	3,3%
<b>It 25</b>	1,87	1	36,6%	26,7%	23,3%	6,7%	6,7%
<b>It 26</b>	2,13	2	23,3%	36,7%	30%	6,7%	3,3%

Observa-se que dos três itens, o item 25, relacionado com o sentimento de controlo durante o parto, apresenta uma  $\bar{x}$  inferior à do *score*, o que significa que a maioria das mulheres sentiu “nada” ou “um pouco” de controlo durante o parto. Em relação aos restantes itens, relacionados com o controlo sentido durante o TP e logo após o parto, ambos apresentam a mesma moda, o que sugere que o maior n.º de mulheres referiu sentir “um pouco” de controlo em ambos os períodos, apesar de haver um ligeiro aumento no n.º de mulheres que refere algum tipo de controlo (*score* 2, 3 ou 4) no momento logo após o parto (item 26), justificado pela  $\bar{x}$  superior à do *score*.

Analisando as respostas aos três itens, considerando as mulheres que responderam a pelo menos dois dos itens com um *score* superior à  $\bar{x}$  do mesmo, verifica-se a existência de nove respostas deste tipo. Das nove, cinco das participantes pertencem ao grupo de mulheres que realizou PPN.

Outra tríade considerada é formada pelos itens 27 (“Sentiu-se confiante, durante o TP”), 28 (“Sentiu-se confiante, durante o parto”) e 29 (“Sentiu-se confiante, logo após o parto”), todos relacionados com a confiança sentida pela mulher em três momentos diferentes. Pode-se construir a Tabela 9.

**Tabela 9 - Tabela de frequências sobre a sensação de confiança no TP, parto e pós-parto**

	$\bar{x}$	$m_o$	Frequência (%)				
			Nada (1)	Um pouco (2)	Bastante (3)	Muito (4)	<i>missing</i>
<b>It 27</b>	2,40	2	6,7%	53,3%	23,3%	13,3%	3,3%
<b>It 28</b>	2,20	2	23,3%	33,3%	30%	10%	3,3%
<b>It 29</b>	2,67	3	6,7%	30%	40%	20%	3,3%



Comparando com os itens anteriores, as mulheres revelam maior sentimento de confiança do que de controlo nos diferentes três momentos. Aqui, o sentimento de confiança é sempre positivo por apresentar uma  $\bar{X}$  superior à do *score*. Das mulheres que deram respostas aos três itens, cuja média dessas respostas foi sempre superior à  $\bar{X}$  do *score*, contabilizam-se 12. Destas, seis realizaram PPN.

Analisando agora os itens 39 (“Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao TP”), 40 (“Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao parto”) e 41 (“Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao pós-parto”), relacionados com a detenção de conhecimentos, expondo-os na Tabela 10. Infere-se que a maioria das mulheres mostra ter conhecimentos sobre os três momentos, embora maiores conhecimentos sobre o TP e parto e menos sobre o período do pós-parto. Das 17 mulheres que aos três itens responderam com uma  $\bar{X}$  superior ao *score*, 11 realizaram PPN.

**Tabela 10 - Tabela de frequências do conhecimento das fases de TP, parto e pós-parto**

	$\bar{X}$	m <sub>o</sub>	Frequência (%)				
			Nada (1)	Um pouco (2)	Bastante (3)	Muito (4)	<i>missing</i>
<b>It 39</b>	2,77	3	3,3%	30%	40%	23,3%	3,3%
<b>It 40</b>	2,70	3	0%	36,7%	43,3%	16,7%	3,3%
<b>It 41</b>	2,60	2	3,3%	40%	36,7%	16,7%	3,3%

A última análise deste tipo é dos itens 57 (“Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou durante o TP”), 58 (“Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou durante o parto”) e 59 (“Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou logo após o parto”), referentes à autoavaliação da colaboração da mulher nos mesmo três momentos diferentes. Tal permite construir a Tabela 11.

**Tabela 11 - Tabela de frequências da colaboração da mulher no TP, parto e pós-parto**

	$\bar{x}$	$m_o$	Frequência (%)				
			Nada (1)	Um pouco (2)	Bastante (3)	Muito (4)	<i>missing</i>
<b>It 57</b>	3,03	várias	0%	23,3%	36,7%	36,7%	3,3%
<b>It 58</b>	2,90	4	6,7%	23,3%	30%	36,7%	3,3%
<b>It 59</b>	3,13	3	0%	13,3%	46,7%	36,7%	3,3%

De uma forma geral, a maioria das mulheres acharam-se “bastante” e “muito” colaborantes com os profissionais de saúde, principalmente no pós-parto.

À semelhança do efetuado pelos autores Costa et al. (2004), foi também realizada uma análise total de todos os itens da escala (104). Devido ao facto do *score* dos itens ser de 1 a 4 até ao item 96 inclusive e de 0 a 10 do item 97 ao 104, esta análise foi feita em duas fases. Relativamente à 1ª tabela, dos itens de 1 a 96, no Apêndice VII, permite concluir que:

- O item que apresenta a  $\bar{x}$  mais alta é o 32 (“Contou com o apoio do companheiro, logo após o parto”), com cerca de 3,6. Tal sugere que a mulher está na grande maioria das vezes acompanhada e que este é o seu companheiro. A possibilidade de estar com este logo após o parto vai ao encontro do que está previsto na lei, uma vez que a mulher tem a possibilidade de ter um acompanhante presente em todo o processo de TP e parto;
- Os itens seguintes com a  $\bar{x}$  mais alta, com 3,57, são os 30 (“Contou com o apoio do companheiro, durante o TP”), 90 (“Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no parto.”) e 91 (“Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no pós-parto”). Em relação ao item 30, a justificação encontra-se em parte ligada ao ponto anterior. Além disso, é possível confirmar que os companheiros estão sensíveis às necessidades de apoio que as mulheres necessitam no TP. Na amostra, a totalidade das mulheres que realizaram PPN deram sempre a este item um *score* de 4. Apesar de não ser possível confirmar a presença

do companheiro no curso, entende-se que este pôde influenciar de forma positiva o papel do companheiro durante o TP. Quanto aos itens 90 e 91, subentende-se existir uma satisfação elevada com os cuidados de saúde no parto e pós-parto. Curiosamente, em relação aos cuidados de saúde prestados durante o TP (item 89), a  $\bar{X}$  está um pouco abaixo, nos 3,03.

- O item com a  $\bar{X}$  mais baixa é o 78 (“Tem sentido dificuldade em cuidar do bebé”). Tal significa que a maior parte das mulheres não tem sentido grandes dificuldades a prestar cuidados aos RN. Das que realizaram PPN, apenas 15,38% dão um *score* superior à  $\bar{X}$ , que traduz “bastante” ou “muito” dificuldade em cuidar do RN. Curiosamente, das que não realizaram PPN, apenas 1% atribuiu um *score* superior à  $\bar{X}$ , tendo havido uma não resposta.

A análise da  $\bar{X}$  dos itens 97 ao 104, cujos *scores* é de 0 a 10, permitiu construir a seguinte tabela:

**Tabela 12 - Média dos itens 97 a 104 do QESP**

	$\bar{X}$
It 97	5,87
It 98	7,67
It 99	5,67
It 100	6,80
It 101	4,13
It 102	4,33
It 103	3,60
It 104	2,63

De igual forma, podemos analisar os itens com a  $\bar{X}$  mais alta e mais baixa:

- O item com a maior  $\bar{X}$  é o 98 (“Intensidade máxima de dor durante o TP”), com 7,67. Este dado sugere que a grande maioria das mulheres considera ter sentido um nível de dor elevado. Relacionando com o curso de PPN, verifica-se que a  $\bar{X}$  deste item no grupo que realizou PPN é de 8,08, enquanto que no grupo que não realizou PPN é de 8,33. Tal permite concluir que existiu uma diferença insignificante no nível de dor experienciado pela mulher durante o

TP. Das 30 mulheres da amostra, 26,67% manifestaram sentir dor máxima (*score* 10). Apenas 10% manifestaram uma dor inferior à  $\bar{X}$  do *score*, sendo apontado em todas estas o *score* 4;

- Por sua vez, o item com a  $\bar{X}$  mais baixa é o 104 (“Intensidade média de dor neste momento”), com 2,63. A janela temporária referente ao termo “neste momento” equivale até às 48h pós-parto. Tal traduz que a alta intensidade de dor que é experienciada nos momentos de TP e parto, decresce drasticamente após.

Os autores deste questionário criaram subescalas a partir da proximidade dos itens (Costa et al., 2004). Desta forma, identificam-se 8 subescalas:

- Subescala 1, denominada como *Condições e Cuidados Prestados*, composta por 14 itens (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 86, 87, 88, 89, 90 e 91), com um *score* atribuído de 1 a 4. A  $\bar{X}$  desta subescala é 3,13, o que significa que, de uma forma geral, as mulheres desta amostra mostram-se “bastante” satisfeitas com a qualidade das condições físicas e humanas desta instituição;
- A subescala 2 designa-se por *Experiência Positiva*. É formada por 22 itens (1, 2, 4, 5, 24, 25, 27, 28, 39, 40, 41, 45, 46, 57, 58, 59, 80, 81, 82, 83, 84, 85), cujo *score* está entre 1 e 4. Por sua vez, a  $\bar{X}$  desta subescala é 2,1, o que sugere que a maioria das mulheres tiveram uma experiência “um pouco” satisfatória em relação à confirmação dos seus conhecimentos, expectativas, autocontrolo, autoconfiança, prazer e satisfação em relação ao parto;
- A subescala 3 denomina-se *Experiência Negativa* e engloba 12 itens. Devido ao facto destes itens terem diferentes *scores*, esta subescala será dividida em duas. A parte 1 inclui os itens 42, 43, 48, 49, 60, 61, 92 e 93, cujos *scores* estão entre 1 e 4. A sua  $\bar{X}$  situa-se nos 2,57. Enquanto que na parte 2 estão os itens 97, 98, 99 e 100, com *scores* de 0 a 10, cuja  $\bar{X}$  é 6,50. Tais dados podem sugerir que a maioria das mulheres experienciaram “um pouco” ou “bastante” medo e mal-estar e uma dor considerável durante o TP e parto;



- A subescala 4 tem o nome de *Relaxamento* e os itens que a constituem são seis (18, 19, 20, 21, 22 e 23) com *scores* entre 1 e 4. A  $\bar{X}$  desta subescala é de 2,28, o que se traduz numa pouca experiência de relaxamento durante o TP e parto;
- A subescala 5 intitula-se *Suporte* e integra apenas três itens (36, 37 e 38), cujos *scores* estão entre 1 e 4. A sua  $\bar{X}$  é de 2,67, pelo que podemos afirmar que de uma forma geral, as mulheres sentiram “um pouco” ou “bastante” apoio por parte de pessoas significativas;
- A subescala 6 denomina-se *Suporte do Companheiro* e engloba oito itens (30, 31, 32, 33, 34, 35, 64 e 65), com *scores* de 1 e 4. A  $\bar{X}$  é 3,34, sugerindo que as mulheres experienciaram “bastante” apoio por parte do companheiro;
- A subescala 7 ou *Preocupações* inclui 14 itens (51, 52, 53, 54, 55, 56, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 77 e 79) cujos *score* estão entre 1 e 4. A sua  $\bar{X}$  é 2,35. Referente a este assunto, este resultado indica que a maior parte das mulheres experienciou “um pouco” de preocupações consigo mesma e com o RN;
- Por fim, a subescala 8 tem o nome de *Pós-parto* e é formada por 25 itens. Também esta subescala teve de ser dividida por incluir itens com *scores* diferentes. Assim, a parte 1 corresponde aos itens 3, 6, 15, 16, 17, 26, 29, 44, 47, 50, 62, 63, 66, 67, 68, 70, 71, 78, 94, 95 e 96, com *scores* de 1 a 4. A  $\bar{X}$  desta parte é 2,33, o que indica uma experiência “um pouco” satisfatória relacionada com este período. A parte 2 incorpora os itens 101, 102, 103 e 104, cujos *scores* vão de 0 a 10 e  $\bar{X}$  de 3,67. Este dado indica que o nível de dor experienciado pelas mulheres no pós-parto foi relativamente baixo.

### 6.3.2. Necessidades específicas da população-alvo de enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica

As entrevistas realizadas a esta população-alvo foram tratadas com o *software* IRaMuTeQ *version* 0.7 alpha2. Este programa permite analisar de forma estatística o conteúdo verbal transcrito de entrevistas. Com os dados resultantes desta análise é possível conhecer a perceção dos EESMO sobre a influência da PPN na mulher em TP e parto.

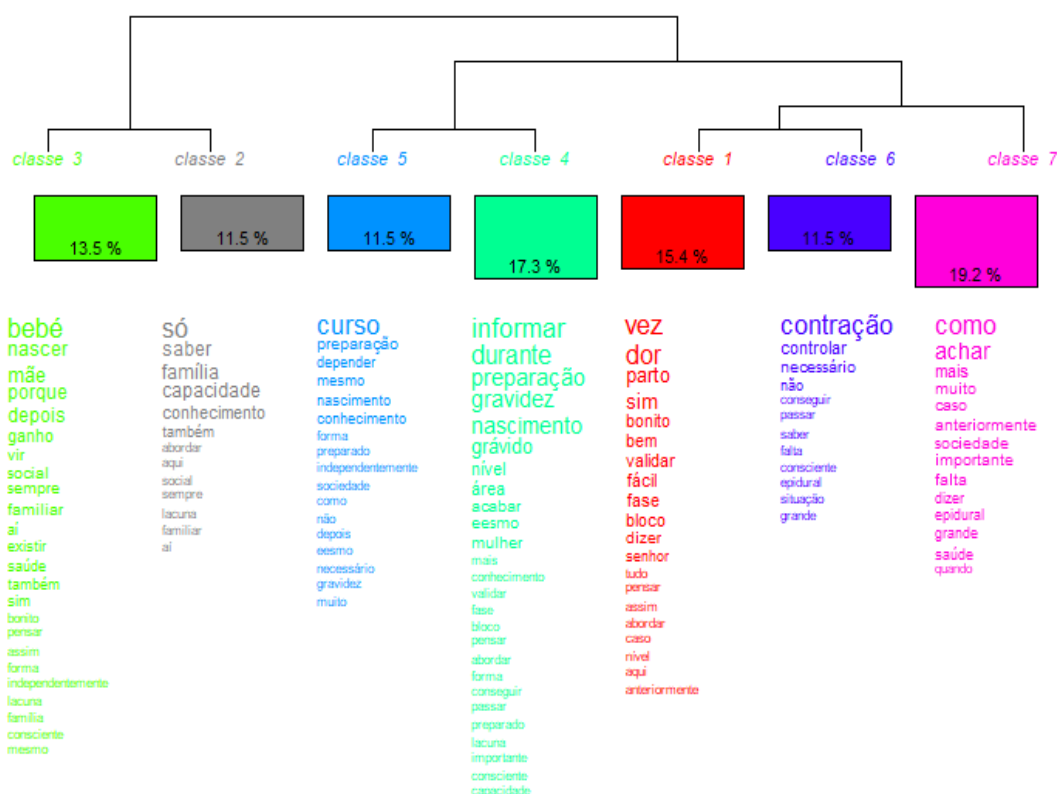
Foram realizadas quatro entrevistas, nomeadas como “entrevista 1”, “entrevista 2”, “entrevista 3” e “entrevista 4”. As variáveis consideradas foram:

- Idade: 1 - menos de 40 anos, 2 - 40 anos e 3 - mais de 40 anos;
- Sexo: 1 - sexo feminino e 2 - sexo masculino;
- Estado civil: 1 - solteiro, 2 - casado, 3 - união de facto e 4 - viúvo;
- Habilitações literárias: 1 - pós-licenciado, 2 - mestre e 3 - doutorado;
- N.º de anos como EESMO: 1 – até 5 anos, 2 – entre 6 a 10 anos e 3 – mais de 10 anos;
- N.º de anos a trabalhar na área da Saúde Materna e Obstétrica: 1 – até 10 anos, 2 – entre 11 a 15 anos e 3 – mais de 15 anos;
- N.º de anos a trabalhar em Bloco de Partos: 1 – até 10 anos, 2 – entre 11 a 15 anos e 3 – mais de 15 anos;
- Formação em PPN: 1 – sim e 2 – não;
- Experiência em PPN: 1 – sim e 2 – não.

Para que o *software* faça a leitura do conteúdo das entrevistas, foi necessário construir o *corpus* da análise com as linhas de comando e os quatro textos de cada entrevista, num documento único. A linha de comandos utilizada segue o seguinte exemplo, referente à “entrevista 1”:

```
**** *entre_01 *id_2 *sex_1 *estcivil_2 *hl_1 *EESMO_2 *anoarea_2 *anoBP_2 *ForPPN_1 *expPPN_1
```

A análise englobou 63 segmentos de texto, com aproveitamento de riqueza de vocabulário na ordem dos 82,54%, originando a criação de sete classes. Estas correspondem ao agrupamento de vocabulário semelhante dentre os segmentos de texto. Esta análise prefigura no seguinte dendrograma (Figura 5).



**Figura 5 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente da população-alvo dos EESMO**

Esta figura permite estabelecer as relações que existem entre as classes. Pode-se entender que a primeira divisão separa as classes 2 e 3 das restantes. Destas, ocorre uma segunda divisão que separa as classes 4 e 5 e as classes 7, 1 e 6. Destas últimas, acontece uma terceira divisão, que divide a classe 7 das classes 1 e 6.

Os percentuais associados a cada classe identificam a percentagem de segmentos de texto a que estão associados. Assim sendo, a classe 7 é a mais importante, representando a maior parte dos segmentos de texto, com 19,2%, seguida da classe 4 (17,3%), classe 1 (15,4%), classe 3 (13,5%) e classes 2, 5 e 6, cada uma representando 11,5%.

No mesmo dendrograma é possível observar as palavras associadas a cada classe, estando apresentadas de forma decrescente da sua representatividade com a diminuição do tamanho da letra. Esta associação de palavras, no contexto da entrevista em que se insere, permite atribuir um nome a cada classe:

- Classe 1 – A ilusão da PPN;

- Classe 2 – A importância da PPN;
- Classe 3 – Evolução dos conhecimentos relacionados com o parto;
- Classe 4 – Ganhos com a PPN;
- Classe 5 – Conteúdos da PPN;
- Classe 6 – O controlo da dor no TP e parto;
- Classe 7 – Tolerância à dor da mulher em TP e parto.

Como já mencionado anteriormente, a classe 7 (“Tolerância da mulher em TP e parto à dor”) é a que representa a maior parte dos segmentos de texto, com 19,2%. Sobre este tema, é possível compreender que os EESMO consideram que: a mulher em TP e parto apresenta uma baixa tolerância e um fraco manejo da dor neste período, focando-se na existência da analgesia epidural, sem mobilizar outro tipo de estratégias, influenciadas pela sociedade do imediatismo e intolerância à dor; a PPN não consegue ter grande influência no autocontrolo da mulher; a mulher que realiza PPN apresenta mais conhecimentos, estando teoricamente mais preparada do que se não tivesse realizado este curso, estando em acordo com o estudo de McDonald et al. (2014). Os excertos justificam tais conclusões:

\*\*\*\* \*entre\_02 \*id\_3 \*sex\_1 \*estcivil\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_3 \*anoarea\_3 \*anoBP\_3 \*ForPPN\_2 \*expPPN\_2  
“(…) acho que a preparação para o nascimento não contribui grandemente para o autocontrolo no trabalho de parto considero como anteriormente que do ponto de vista teórico sim a mulher está mais bem preparada para os acontecimentos normais. (...)”

\*\*\*\* \*entre\_01 \*id\_2 \*sex\_1 \*estcivil\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_2 \*anoarea\_2 \*anoBP\_2 \*ForPPN\_1 \*expPPN\_1  
“(…) há pessoas que já vêm preparadas para ter epidural e independentemente daquilo que se diga e se treine não fica lá porque como vai ter epidural não vai precisar o problema é que é o que todas as mulheres me têm dito. (...)”

\*\*\*\* \*entre\_01 \*id\_2 \*sex\_1 \*estcivil\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_2 \*anoarea\_2 \*anoBP\_2 \*ForPPN\_1 \*expPPN\_1  
“(…) isto cada pessoa é como cada qual mas eu acho que há uma falta de preparação na sociedade em geral há um facilitismo e um imediatismo muito grande para tudo mas os processos fisiológicos são os mesmos desde os primórdios dos tempos. (...)”

\*\*\*\* \*entre\_01 \*id\_2 \*sex\_1 \*estcivil\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_2 \*anoarea\_2 \*anoBP\_2 \*ForPPN\_1 \*expPPN\_1  
“(…) com epidural com oxitocina ou sem com ou sem indução hoje o parto é igual e tem sido igual desde o início do tempo há uma falta muito grande como há soluções quando não há é um drama. (...)”



No excerto seguinte é claramente demonstrado pelo EESMO a crença no descrédito da PPN pelas mulheres:

\*\*\*\* \*entre\_01 \*id\_2 \*sex\_1 \*estcivil\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_2 \*anoarea\_2 \*anoBP\_2 \*ForPPN\_1 \*expPPN\_1  
“(…) não eu acho que a maior parte das pessoas como eu disse anteriormente que faz a preparação para o nascimento para ser mais um item na lista a ser riscado. (...)”

Apesar da perceção dos EESMO ser a de que as mulheres não valorizam de forma adequada a PPN, estes acreditam na existência dos seus benefícios, como exposto na Classe 4 – “Ganhos com a PPN”. Os conhecimentos sobre a gravidez, cuidados à mulher e RN são validados pelos EESMO no Bloco de Partos, sendo uma forma de tranquilização. A PPN é certamente uma “mais-valia” desde que realizada por profissionais com competências para tal. Os excertos relacionados são:

\*\*\*\* \*entre\_04 \*id\_2 \*sex\_1 \*estcivil\_2 \*hl\_2 \*EESMO\_2 \*anoarea\_2 \*anoBP\_1 \*ForPPN\_2 \*expPPN\_2  
“(…) a preparação para o nascimento ajuda a tranquilizar o casal grávido proporcionando conhecimento acerca da gravidez cuidados à mulher e ao recém-nascido o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica informa valida os conhecimentos do casal principalmente na fase ativa do trabalho de parto. (...)”  
\*\*\*\* \*entre\_03 \*id\_1 \*sex\_1 \*estcivil\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_1 \*anoarea\_1 \*anoBP\_1 \*ForPPN\_1 \*expPPN\_2  
“(…) acredito que a preparação para o nascimento é uma mais valia para a mulher casal desde que realizada por profissionais devidamente informados e formados com experiência na área. (...)”

É ainda evidente a crença dos EESMO em que o principal bloqueio nos ganhos da PPN é a própria mulher, pois a sua capacidade de autocontrolo depende da sua personalidade e contexto da situação:

\*\*\*\* \*entre\_03 \*id\_1 \*sex\_1 \*estcivil\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_1 \*anoarea\_1 \*anoBP\_1 \*ForPPN\_1 \*expPPN\_2  
“(…) uma grávida parturiente devidamente informada e preparada deveria ter mais capacidade de autocontrolo durante o trabalho de parto e parto no entanto na prática a realidade é que tudo depende da personalidade da grávida expectativas e contexto. (...)”

Na análise da classe 1 – “A ilusão da PPN”, é possível ver a concordância que existe com a classe anterior. O EESMO verifica que as mulheres em TP e parto, mesmo com PPN, estão algo iludidas com o processo por não estarem preparadas ou cientes dos desafios com que se vão deparar.

\*\*\*\* \*entre\_01 \*id\_2 \*sex\_1 \*estcivil\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_2 \*anoarea\_2 \*anoBP\_2 \*ForPPN\_1 \*expPPN\_1  
“(…) hoje em dia o parto é muito bonito existem muitos vídeos e muitas informações que é tudo muito fácil que a pessoa respira duas ou três vezes e as coisas não são assim muita coisa pode correr não é mal mas menos bem. (...)”  
\*\*\*\* \*entre\_02 \*id\_3 \*sex\_1 \*estcivil\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_3 \*anoarea\_3 \*anoBP\_3 \*ForPPN\_2 \*expPPN\_2  
“(…) no entanto quando se adicionam as variáveis dor e ansiedade muitas vezes a preparação para o nascimento torna se irrelevante sim a nível do autocuidado antes e após o parto nomeadamente nos sinais de alerta para as

complicações. (...)”  
 \*\*\*\* \*entre\_01 \*id\_2 \*sex\_1 \*estcivil\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_2 \*anoarea\_2 \*anoBP\_2 \*ForPPN\_1 \*expPPN\_1  
 “(...) muitas vezes pensam que é um remédio mágico para fazermos um trabalho de parto lindo bonito e sem dor e não é. (...)”

A classe 3 está interligada à “Evolução dos conhecimentos relacionados com o parto”. O EESMO reconhece aqui a importância da PPN nos dias de hoje, justificando que antigamente os conhecimentos relacionados com o TP e parto eram transmitidos em casa, por outras mulheres. Como já abordado neste relatório, a evolução da humanidade fez com que este tipo de transmissão deixasse de ser o principal, passando para as mãos dos profissionais de saúde habilitados para tal. Mas, mais uma vez, sublinham que tudo depende como a mulher recebe e retém estas informações/conhecimentos e a motivação para lidar com a gravidez, TP e o parto. Os excertos associados são:

\*\*\*\* \*entre\_01 \*id\_2 \*sex\_1 \*estcivil\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_2 \*anoarea\_2 \*anoBP\_2 \*ForPPN\_1 \*expPPN\_1  
 “(...) e não só também uma lacuna social todas estas questões que nós abordamos na preparação para o nascimento eram abordadas em casa no seio da família no seio das mulheres. (...)”  
 \*\*\*\* \*entre\_01 \*id\_2 \*sex\_1 \*estcivil\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_2 \*anoarea\_2 \*anoBP\_2 \*ForPPN\_1 \*expPPN\_1  
 “(...) toda a gente sabia que o trabalho de parto doía que podia ou não romper a bolsa vamos só atrás destas ideias familiares empíricas segmento de texto incompreensível e oferecer às mulheres aquilo que elas não têm que são as bases para se prepararem para o parto. (...)”  
 \*\*\*\* \*entre\_01 \*id\_2 \*sex\_1 \*estcivil\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_2 \*anoarea\_2 \*anoBP\_2 \*ForPPN\_1 \*expPPN\_1  
 “(...) se calhar não houve ganhos em saúde e se calhar não é só da mulher é da mulher e da família que a rodeia isto tem a ver com a validação e com a capacidade de retenção de conhecimentos e com a motivação que as mulheres têm para reter aqueles conhecimentos. (...)”

As classes 2, 5 e 6 caracterizam a mesma percentagem de segmentos de texto. Relativamente à classe 2 – “A importância da PPN”, verifica-se que o EESMO atribui elevada importância aos cursos de PPN. Estes cursos permitem dar e complementar informações e conhecimentos sobre a maternidade, desde o pré-natal, o TP, parto e pós-natal, incluindo os cuidados ao RN. Em concordância estão os seguintes excertos:

\*\*\*\* \*entre\_01 \*id\_2 \*sex\_1 \*estcivil\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_2 \*anoarea\_2 \*anoBP\_2 \*ForPPN\_1 \*expPPN\_1  
 “(...) porque é só assim que os bebés nascem sempre nasceram assim mesmo sem preparação para o nascimento eu acho que é nim a lacuna que se veio preencher com a preparação para o nascimento nós preenchemo la mas se não for apreendida não tem ganhos em saúde. (...)”  
 \*\*\*\* \*entre\_01 \*id\_2 \*sex\_1 \*estcivil\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_2 \*anoarea\_2 \*anoBP\_2 \*ForPPN\_1 \*expPPN\_1  
 “(...) se uma senhora vem depois do bebé nascer porque o cheiro do coto do cordão umbilical para ela é diferente mas se calhar foi sempre o mesmo aquele cheiro sui generis e vem à urgência pediátrica com um bebé de três dias. (...)”  
 \*\*\*\* \*entre\_01 \*id\_2 \*sex\_1 \*estcivil\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_2 \*anoarea\_2 \*anoBP\_2 \*ForPPN\_1 \*expPPN\_1  
 “(...) o teu nascimento não acaba quando o bebé nasce acaba depois do bebé nascer depois do bebé chegar a casa depois de aquela mãe ter as dificuldades na amamentação depois dos pontos caírem. (...)”  
 \*\*\*\* \*entre\_01 \*id\_2 \*sex\_1 \*estcivil\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_2 \*anoarea\_2 \*anoBP\_2 \*ForPPN\_1 \*expPPN\_1

“(…) depois de aquela família ter acolhido aquele novo ser e o ter inserido nas suas rotinas familiares aí sim existem ganhos porque nós não trabalhamos só com aquela grávida e aquele bebé. (...)”  
\*\*\*\* \*entre\_01 \*id\_2 \*sex\_1 \*estcivl\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_2 \*anoarea\_2 \*anoBP\_2 \*ForPPN\_1 \*expPPN\_1  
“(…) é preciso que as mulheres o façam também de uma forma consciente e não apenas porque é moda e porque é mais uma coisinha a riscar na lista que é necessário ter para se ser boa mãe para ter um bom parto para ter uns bebés bonitos para pôr fotografias nas redes sociais. (...)”

Em relação aos conteúdos da PPN, incluídos na classe 5, os EESMO destacam os ensinamentos práticos de respiração, outros de preparação física e haver liberdade na escolha dos temas, indo ao encontro das necessidades das participantes:

\*\*\*\* \*entre\_01 \*id\_2 \*sex\_1 \*estcivl\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_2 \*anoarea\_2 \*anoBP\_2 \*ForPPN\_1 \*expPPN\_1  
“(…) são cursos que assentam muito nos exercícios respiratórios na preparação física mesmo que não vá à especificidade de cada um dos 1200 cursos que existem tem a sua base e tem esses conhecimentos. (...)”  
\*\*\*\* \*entre\_03 \*id\_1 \*sex\_1 \*estcivl\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_1 \*anoarea\_1 \*anoBP\_1 \*ForPPN\_1 \*expPPN\_2  
“(…) tudo depende delas das suas expectativas da forma como encaram a necessidade de realizar o curso a forma como encaram a gravidez e o parto as vivências anteriores a personalidade e depois depende também do tipo de curso de preparação para o nascimento que frequentaram. (...)”

Na classe 6, sobre “O controlo da dor no TP e parto”, é possível verificar semelhanças no discurso previamente relacionado com a classe 7, sobre a dor. Nestes excertos, os EESMO mencionam ser possível observar a mulher a experienciar dor a tentar controlar-se, resultando em insucesso na maioria das vezes. Apesar da presença do companheiro, é o EESMO o principal motivador da parturiente nestes casos, estimulando-a a focar nos exercícios respiratórios e na compreensão do que está a acontecer no TP. Porém, este apoio nem sempre é possível dar, devido ao n.º de parturientes que o EESMO tem de simultaneamente atender. Estas afirmações estão contidas nos excertos:

\*\*\*\* \*entre\_04 \*id\_2 \*sex\_1 \*estcivl\_2 \*hl\_2 \*EESMO\_2 \*anoarea\_2 \*anoBP\_1 \*ForPPN\_2 \*expPPN\_2  
“(…) em algumas mulheres é visível a tentativa de controlo da dor provocada pelas contrações mas a maioria descontrola-se e não consegue fazer o tipo respiratório adequado referem muita dor e é necessário muito apoio do profissional para conseguir ajudar a grávida a focar-se nos tipos respiratórios. (...)”  
\*\*\*\* \*entre\_01 \*id\_2 \*sex\_1 \*estcivl\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_2 \*anoarea\_2 \*anoBP\_2 \*ForPPN\_1 \*expPPN\_1  
“(…) então mas até aos três centímetros eu vou ter contrações e vai ter que as controlar e às vezes podem não ser duas horas ou três. (...)”  
\*\*\*\* \*entre\_01 \*id\_2 \*sex\_1 \*estcivl\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_2 \*anoarea\_2 \*anoBP\_2 \*ForPPN\_1 \*expPPN\_1  
“(…) não o faz consciente daquilo que vai passar a seguir e é uma das dificuldades que nós temos em fazer passar é que um trabalho de parto é duro é um trabalho grande é necessário um esforço enorme para se poder controlar uma contração e não se descontrolar ela própria mulher. (...)”  
\*\*\*\* \*entre\_01 \*id\_2 \*sex\_1 \*estcivl\_2 \*hl\_1 \*EESMO\_2 \*anoarea\_2 \*anoBP\_2 \*ForPPN\_1 \*expPPN\_1



“(…) mas ninguém morre de trabalho de parto felizmente então num hospital ninguém morre mesmo agora faz falta saber que é inevitável e que não há maneira de se contornar este lado de ter contrações. (...)”

[illegible]

A leitura da nuvem permite identificar a palavra “não” como central e a mais importante. Desta forma, conclui-se que a percepção dos EESMO sobre a influência da PPN na mulher em TP e parto é negativa. Uma das suas principais causas é a não capacidade de autocontrole da dor pela mulher, apesar dos conhecimentos transmitidos na PPN.



## **7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES**

A este capítulo corresponde uma análise mais detalhada das intervenções planeadas, baseadas nos objetivos previamente traçados. A operacionalização de um projeto acontece quando o encadeamento das ações determinadas se harmonizam para chegarem à mesma finalidade.

### **7.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES**

Após a definição do tema, foi realizada uma pesquisa bibliográfica que se inclui, segundo Sousa (2009), na investigação documental do processo de investigação. Esta pesquisa bibliográfica, diferente de uma revisão da literatura, teve como objetivo principal verificar a existência de trabalhos sobre a mesma temática e a sua atualidade, de forma a justificar a pertinência do estudo.

Tendo assumido o tema a estudar, foram estabelecidos os objetivos (geral e específicos), já previamente apresentados. Foi também realizado um plano de atividades e cronograma que integraram a proposta do projeto submetida à Universidade de Évora (Apêndice VIII), com o aval da Sr.<sup>a</sup> professora orientadora (Anexo IV), com vista a obter a aprovação da comissão de ética. Após esta aprovação (Anexo V), foram realizadas algumas reuniões com a Sr.<sup>a</sup> professora orientadora do projeto, de forma a orientar a realização das atividades seguintes.

Após a confirmação do local do estágio final, foi solicitada à instituição permissão para a execução do projeto (Apêndice IX) e entregues os documentos solicitados. Após a aprovação (Anexo VI), já no decorrer do estágio no Bloco de Partos, foi apresentado primeiramente o projeto à enfermeira-chefe do serviço, que se mostrou disponível para colaborar. Fui informada de que naquele hospital já se realizava o curso de PPN, facto que obrigou a alteração do último objetivo específico proposto. Posteriormente, de forma informal, foi apresentado à equipa de enfermagem que, da mesma maneira, se mostraram disponíveis. Já com o apoio da equipa de enfermagem do Bloco de Partos, apresentei o

meu projeto à enfermeira-chefe do serviço de Obstetrícia, pois seria mais fácil obter a disponibilidade das puérperas no período de internamento e sua respetiva colaboração. Estavam assim reunidas as condições para poder iniciar a implementação do projeto.

Em capítulos anteriores, foi referido que são os objetivos os definidores das intervenções de operacionalização. Posto isto, as intervenções serão apresentadas a par dos objetivos específicos que as originaram:

- *Identificar os contributos da PPN na mulher em TP e parto:* Já dadas explicações sobre esta população-alvo e o instrumento de colheita de dados aplicado, resta explicar a envolvimento da ação. Em todos os turnos “Manhã” e “Tarde” do estágio, quando possível, verificava a presença de puérperas internadas no serviço de Obstetrícia que reuniam os critérios de inclusão. Quando o volume de trabalho permitia, visitava as puérperas previamente escolhidas e confirmava a presença destes critérios. Apresentava-me e expunha o trabalho que estava a desenvolver, incitando a sua colaboração. A totalidade das puérperas selecionadas aceitaram participar, sendo-lhes facultado o consentimento informado que, após leitura consciente e esclarecimento de dúvidas, o assinaram de forma livre. Como prova, tanto o investigador como as participantes ficaram com exemplares dos mesmos. Por ser um instrumento com cerca de cinco páginas, os questionários eram entregues e posteriormente levantados, junto da puérpera ou da equipa de enfermagem do serviço de Obstetrícia, conforme a minha disponibilidade e horário. O período de colheita de dados coincidiu com o período de estágio neste local. Após o término do estágio, iniciou-se a análise dos questionários, cuja metodologia e resultados já foram explicados e apresentados em capítulos anteriores.
- *Descrever a perceção dos EESMO sobre a influência da PPN na mulher em TP e parto:* Também já dadas explicações sobre esta população-alvo e o instrumento de colheita de dados aplicado, explica-se o ambiente da ação. A finalização do instrumento de colheita de dados a aplicar a esta população-alvo ocorreu, sensivelmente a meio do estágio. A partir daí, foram feitas vá-

rias tentativas nos turnos da “Manhã” e “Tarde” para conseguir ter a disponibilidade dos EESMO presentes e uma sala com o ambiente apropriado para realizar a entrevista. Nestas condições, apenas houve a possibilidade de realizar uma entrevista. Face às dificuldades de execução desta intervenção, em alternativa, foram informados os EESMO que a sua participação passava por uma entrevista escrita. Foi enviada via eletrónica, em formato *Word*, o guião de entrevista a todos os EESMO com *email* e rececionado da mesma forma.

- *Otimizar o curso de PPN da instituição onde decorreu o último estágio*: Este novo objetivo, adaptado à realidade desta instituição, veio substituir o prévio “Implementar estratégias no Bloco de Partos para promover a PPN”. Para otimizar o curso da instituição foi necessário conhecê-lo. Para isso, foi realizada uma entrevista informal à enfermeira-chefe do Bloco de Partos, por ser uma das formadoras. Com o conhecimento do curso, com as necessidades demonstradas pelas populações-alvo de puérperas e EESMO e com as conclusões da pesquisa bibliográfica, foi possível realizar uma proposta de otimização do curso de PPN. Esta será à *posteriori* apresentada no âmbito de formação em serviço para a equipa de enfermagem do Bloco de Partos. A implementação da intervenção de otimização do curso dependerá exclusivamente do grupo de trabalho do próprio curso.

## 7.2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

A palavra “estratégia” associa-se à existência de um plano de ações, que visa atingir um objetivo, contornado os possíveis obstáculos. É muito importante que existam estratégias num trabalho de investigação, de forma a planear, organizar a linha de intervenções a seguir, identificando as dificuldades e contornando-as.

A primeira estratégia que considero ter sido utilizada foi a organizacional. Para conseguir levar a cabo este projeto, foi muito importante fazer o seu desenho. Com este, é possível visualizar, de uma forma geral, todos os passos que o implicam. A primeira dificuldade sentida neste passo, resumiu-se ao facto de desconhecer à data o local de estágio



final. Existem locais de estágio mais disponíveis para determinados temas de investigação do que outros, pelo que temi poder ter que alterar o tema já depois de iniciado o processo. Assim, estrategicamente decidi optar por um tema que sinto ser transversal às diferentes realidades institucionais e que não obrigasse a uma mudança radical nas práticas dos profissionais, ainda na fase de realização do projeto. Penso ter sido bem-sucedida nesta ação.

Outra estratégia considerada foi testar os instrumentos de colheita de dados antes de iniciar a fase de colheita de dados, em concordância com os autores Fortin et al. (2009) e Sousa (2009). É uma medida que permite salvaguardar uma possível colheita de dados realizada de forma errónea, fazendo com que um dos passos mais importantes do processo tivesse de ser repetido.

Face às dificuldades encontradas na realização das entrevistas aos EESMO no local de estágio, de forma a assegurar a participação desta população-alvo, foi necessária encontrar uma alternativa. Foi então realizada uma entrevista não presencial, por escrito, à semelhança do que acontece em outras disciplinas, como no Jornalismo. Esta estratégia revelou-se ser moderadamente bem-sucedida, uma vez que apenas três EESMO participaram desta forma.

De uma forma geral, considero ter sempre conseguido aplicar estratégias que me permitiram alcançar o objetivo geral deste relatório.

### 7.3. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

Os recursos são quem ou o que utilizamos como um meio para alcançar um fim. Sem eles a ação pretendida pode muitas vezes não se realizar.

Neste estudo foram utilizados recursos de natureza material e humana, nomeadamente:

- Recursos materiais (englobando os físicos): gabinetes da Sr.<sup>a</sup> professora orientadora na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora e das enfermeiras-chefes do Bloco de Partos e Obstetrícia do Hospital de Portimão, os serviços de Bloco de Partos e Obstetrícia do Hospital de Portimão, Papelaria, folhas de papel, caderno de apontamentos, lápis,



canetas, impressora, tinteiros, agraphador, agraphos, computadores, internet, programas *Word*, *SClínico*, *IBM SPSS Statistics* e *IRaMuTeQ*, livros de autores, telemóvel com aplicação de gravador de áudio.

- Recursos humanos: Comissões de Ética da Universidade de Évora e do CHUA, Sr.<sup>a</sup> professora orientadora do projeto, enfermeiras-chefes do Bloco de Partos e Obstetrícia do Hospital de Portimão e suas equipas de enfermagem, funcionários da Papelaria e aluna do curso do MESMO.

#### 7.4. CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

A grande maioria das entidades envolvidas já foram em pontos anteriores mencionadas e explicadas as relações estabelecidas, nomeadamente com a Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, a Universidade de Évora e o CHUA.

Outra das universidades envolvidas foi a do Minho. A escala de autores adotada para o questionário da população-alvo de puérperas, foi realizado por uma equipa de investigadores ligada ao Departamento de Psicologia desta universidade. O contacto estabelecido com um dos autores da escala, foi no sentido de pedir autorização para a sua utilização neste projeto (Apêndice X), porém sem resposta.

Já mencionada, a Papelaria cujo identificação é desnecessária, foi utilizada para a impressão dos questionários aplicados às puérperas e dos consentimentos para ambas as populações-alvo.

#### 7.5. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

A realização do orçamento implica prever os gastos relacionados com esta intervenção. Sousa (2009) organiza o tipo de gastos em três: recursos humanos, materiais e consumíveis. A tabela seguinte discrimina o tipo e a quantidade de gastos para cada recurso (Tabela 13).

**Tabela 13 - Recursos utilizados e custos**

Recursos	Especificação	Custo
<b>Humanos</b>	-	0€
<b>Materiais</b>	Caderno de apontamentos	2,5€
	Canetas	1,5€
	Fotocópias	12€
<b>Consumíveis</b>	Gasolina	295€
	Transportes públicos	57,6€
	Portagens	16€
	Eletricidade	180€
	Internet	180€
<b>Total</b>		744,60€

## 7.6. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

O cronograma traduz o espaço temporal do projeto. Segundo Sousa (2009), após o desenho da estratégia investigacional, deve-se planear com detalhe cada etapa e organizá-las cronologicamente. O mesmo autor dá extrema importância a este passo, chamando-lhe inclusive a “coluna vertebral dos procedimentos” (p. 77). A exposição das etapas e ações a alcançar/realizar é importante para o executor visualizar a sequência e determinar o que faz em cada prazo estabelecido, pois facilita a organização do processo.

Sendo o meu primeiro trabalho com esta dimensão, foi difícil estimar o tempo necessário para a implementação das intervenções. Daí resultou por vezes um não ajustamento ao cronograma, traduzindo-se num atraso ao previamente proposto, com alongamento dos prazos. Por exemplo, houve necessidade de acrescentar os meses de julho, agosto e setembro ao cronograma, devido à necessidade de realizar a ação “Reuniões com a docente orientadora”. A ação “Preparação dos instrumentos de colheita de dados”, para além dos meses planeados, aconteceu também nos meses de março, abril, maio e junho. Quanto ao “Diagnóstico da problemática”, este aconteceu não a partir de fevereiro, mas a partir de abril até setembro. O mesmo período aplica-se às ações “Realização das atividades planeadas” e “Elaboração do Relatório final”.

## 8. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação do projeto é o que permite aferir o seu sucesso ou insucesso, detetando os erros, permitindo a construção de estratégias que encaminhem o projeto para a sua finalidade. É, por isso, uma etapa fundamental de qualquer projeto.

### 8.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

Como já referido no início do relatório, este projeto tem um objetivo geral, do qual derivaram três específicos. Assim, como a exequibilidade do objetivo geral depende da dos específicos, serão primeiramente avaliados os objetivos específicos.

O primeiro objetivo específico, *Identificar os contributos da PPN na mulher em TP e parto*, considera-se atingido. Para tal, foi aplicado um questionário à população de puérperas, cujo n.º de participantes permitiu uma análise de dados com uma alta fidelidade, como demonstrado no subcapítulo 5.1. Significa que os resultados da análise e as conclusões demonstram com segurança os contributos que a PPN tem na mulher em TP e parto.

O segundo objetivo específico, *Descrever a perceção dos EESMO sobre a influência da PPN na mulher em TP e parto*, foi também atingido. Para tal, foram realizadas entrevistas, do tipo semiestruturada, que permitiram aos EESMO expressarem-se livremente sobre as suas perceções às questões temáticas. A análise das entrevistas reuniu as opiniões dos EESMO, semelhantes entre si, permitindo a descrição da perceção destes sobre a influência da PPN na mulher em TP e parto.

Por último, o terceiro objetivo específico, *Otimizar o curso de PPN da instituição onde decorreu o estágio final*, considera-se atingido parcialmente. Para o alcançar, foi necessária a interseção de várias ações: conhecer o curso de PPN, através de uma entrevista à enfermeira-chefe do Bloco de Partos; conhecer a atualidade dos estudos científicos

sobre a temática, através de uma pesquisa bibliográfica e cruzá-la com os resultados obtidos do estudo das populações-alvo de puérperas e EESMO. Estes conhecimentos foram aplicados na análise ao curso de PPN da instituição e realizada uma proposta de melhoria. A sua apresentação à equipa de enfermagem do Bloco de Partos será realizada *à posteriori*. A concretização absoluta deste objetivo específico apenas acontecerá se a equipa envolvida no curso de PPN decidir efetuar as alterações sugeridas.

Assim, considero ter conseguido demonstrar a influência da PPN no TP e parto, objetivo geral deste projeto.

## 8.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Esta avaliação, como previamente demonstrado, depende da aplicabilidade da proposta de otimização do curso de PPN, por parte dos profissionais envolvidos. Uma vez que o espaço temporal em que tal pode ocorrer ultrapassa em muito a execução do projeto, não será possível avaliar este aspeto. Caso fosse, a avaliação da implementação do programa consistia, por um lado, na aplicação de questionários à população-alvo de EESMO, relativos às mudanças do curso e satisfação com os ganhos obtidos e por outro, à reaplicação do mesmo questionário previamente aplicado à população-alvo de puérperas, à nova população-alvo do mesmo tipo. Só com a análise dos dados colhidos poderíamos apreciar o sucesso da intervenção realizada através deste projeto.

## 8.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDI- DAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

A avaliação contínua de um projeto permite detetar erros precocemente, alterando as estratégias para ser bem-sucedido na finalidade do mesmo.

No caso deste projeto, realizei avaliações intermédias com a Sr.<sup>a</sup> professora orientadora, via presencial, telefónica ou email. Neste espaço de comunicação foram tiradas dúvidas em relação à execução do projeto no terreno e da análise dos dados, adaptado o



projeto à realidade do local de estágio, discutidas intervenções a executar de forma a atingir os objetivos propostos e reforçada a bibliografia usada na elaboração do relatório. A sua frequência foi de acordo com as necessidades encontradas, influenciada maioritariamente pela disponibilidade existente. As três vias foram bastante úteis no esclarecimento de dúvidas e orientação do projeto.

Das avaliações intermédias, houve algumas medidas corretivas a fazer. Em primeiro lugar, com o conhecimento da já existência de um curso de PPN no local de estágio, houve necessidade de modificar um dos objetivos específicos propostos, como já explicado no subtítulo 3.2. . Foi também sugerida pela Sr.<sup>a</sup> professora orientadora a inclusão da discussão dos resultados dos artigos selecionados para a pesquisa bibliográfica e a consideração da realização de pré-testes dos questionários aplicados. Daqui resultou a alteração de alguns itens do questionário aplicado à população-alvo das puérperas, como explicado no subtítulo 4.1. .

No decorrer da aplicação do projeto, detetou-se dificuldade em realizar as entrevistas aos EESMO presencialmente, como explicado no subtítulo 4.2. . Este facto foi discutido com a Sr.<sup>a</sup> professora orientadora e em conjunto decidido alterar a entrevista para não presencial, ou seja, por escrito, à semelhança do que acontece em outras disciplinas.

Por último, não sendo uma medida corretiva em si mesmo, mas uma adaptação à realidade da execução do projeto, não sendo possível avaliar a intervenção final, propõe-se o modo de a fazer, no subcapítulo anterior.

## **9. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS**

Neste capítulo serão expostas as competências mobilizadas e adquiridas durante a realização deste projeto. Sendo este incluso a um curso de mestrado com uma especialização em enfermagem numa determinada área, é compreensível que estejam subjacentes ao processo de aprendizagem as competências de mestre, de enfermeiro especialista e de enfermeiro especialista na área específica de Saúde Materna e Obstétrica.

A Ordem de Serviço n.º 18/2010 da Universidade de Évora nomeia os objetivos a alcançar com a construção deste relatório de estágio. Destes advêm as competências necessárias para os poder alcançar. A realização deste projeto permitiu-me ganhar competências investigacionais, não adquiridas no modelo teórico. A aprendizagem do processo de investigação foi muito mais fácil através da sua execução, ao invés de simulação, como realizado em sala de aula. Permitiu-me perceber que qualquer dúvida que surja da nossa prática clínica, pode ser facilmente objeto de investigação. Além disso, fez-me entender o quão necessária é a investigação no dia-a-dia de um profissional, que se pauta por diretivas nacionais e internacionais sobre a atualização de saberes. Sinto-me muito mais preparada e motivada para iniciar/participar em projetos de investigação. Ainda em relação às competências de mestre, o Decreto-Lei n.º 63/2016 informa que o grau de mestre é atribuído a quem apresenta competências de aprendizagem autónoma, com validade vitalícia, que sinto que consolidei com a realização deste projeto.

Em relação às competências como enfermeiro especialista, o regulamento sobre o mesmo da OE (2011a) identifica as que são comuns a todos, independentemente da área de especialização. As suas competências resultam de um “... aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.” (p. 2) e agrupam-se em 4 domínios. As competências relacionadas com a responsabilidade profissional, ética e legal foram as mais facilmente mobilizadas, pois fazem parte do dia-a-dia de qualquer profissional de saúde, estando por isso mais patentes. As que foram objeto de marcadas aquisições são as relacionadas com a gestão dos cuidados e de aprendizagens profissionais. Pude

observar de perto a forma como a enfermeira tutora geria os recursos humanos e materiais em cada turno, assim como solucionava conflitos e situações fora do curso comum. Relativamente às aprendizagens profissionais, para além da construção deste projeto baseado nos princípios de investigação, fui muito proativa na busca da aprendizagem da área especializada, aproveitando as oportunidades de o fazer em contexto de estágio. Não trabalhando na área da Saúde Materna e Obstétrica, foi de todo o interesse aproveitar cada contexto para aprender, treinar e melhorar as minhas avaliações, diagnósticos e intervenções como futura EESMO. Com interesse, trabalho, humildade e assertividade pude alcançar muitos ganhos neste domínio.

Por fim, foram as competências específicas do EESMO as mais mobilizadas e adquiridas em cada turno. O facto de ter como orientador de estágio um EESMO competente, que conhece a delimitação da sua área de atuação, permitiu-me explorar muito a autonomia enquanto enfermeira. Dentro das competências reconhecidas pela OE (2010), as mais trabalhadas no âmbito deste projeto relacionam-se com o cuidar da mulher como parte integrante de uma família durante os períodos de TP e pós-parto. Algumas das puérperas inquiridas foram por mim assistidas nestes períodos, permitindo o estabelecimento de uma relação de maior confiança. Durante o TP, sempre assegurei o bem-estar materno-fetal, referindo situações suscetíveis de desvios da normalidade e atuando em conformidade, colaborando quando necessário com outros profissionais de saúde. Proporcionei sempre um ambiente calmo, transmitindo à parturiente/casal segurança e tranquilidade através da minha abordagem assertiva e respeitosa. Tentei, sempre que possível, proporcionar a experiência de TP e parto que a parturiente/casal desejavam. Para além disso, esforcei-me para estar presente com a parturiente/casal, em momentos de relaxamento, de dor, ensinando técnicas e exercícios de otimização do bem-estar. No período pós-natal, pude vigiar o bem-estar materno e do RN, apoiar no estabelecimento da amamentação e da díade/tríade e avaliar, através de questionário, a vivência e a perspetiva da mulher do seu TP e pós-parto.

Outras competências que considero ter mobilizado são as de gestão e resolução de problemas, tendo demonstrado capacidade de enfrentar situações novas de aprendizagem. O facto de ter tido oportunidade de contactar com diferentes nacionalidades e culturas,

permitiu-me melhorar a maneira como podia respeitar e colaborar nas escolhas e manifestações relacionadas com a gravidez, TP e parto.



## 10. CONCLUSÃO

Os cuidados pré-natais começaram por ter como objetivo a redução da taxa de morbilidade por pré-eclâmpsia e, posteriormente, a redução de baixo peso à nascença e do parto pré-termo (McDonald et al., 2014). Atualmente, os seus objetivos são muito mais abrangentes: melhorar/potenciar a saúde da mulher e do feto através da sua monitorização, ensinos para a saúde e suporte emocional e psicológico, onde se inclui a PPN. Vários autores reconhecem que a gravidez é um acontecimento gerador de stress devido à sua complexidade: mudanças ao nível físico, psicológico e social, obrigando a uma adaptação (Néné, Marques & Batista, 2016). A PPN é a melhor resposta para ajudar as futuras mães/pais neste reajustamento de papéis. O melhor período para transmitir conhecimentos sobre a gravidez é durante esta fase, pois há uma maior disponibilidade por parte da mulher/casal para tal.

Os EESMO são os profissionais de saúde fundamentais na PPN (OE, 2007). Podem intervir antes e durante o TP para otimizar/proporcionar uma melhor experiência de parto pela mulher/casal. Porém, apesar de reconhecerem que teoricamente existem grandes benefícios, as perspetivas manifestadas pelos EESMO do Bloco de Partos que encontrei nos locais de estágio não eram positivas, existindo poucos estudos sobre a sua perspetiva em relação à PPN. Na análise de McDonald et al. (2014), as Parteiras defendem que os cursos de PPN permitem uma melhor educação pré e pós-natal, contribuindo muito a partilha de experiências entre as próprias grávidas. Do estudo da população-alvo de EESMO que realizei, pude concluir que existe um descrédito pela PPN, pois não contribui efetivamente para o autocontrolo da mulher no TP, segundo a perspetiva destes EESMO. Esta afirmação vai ao encontro do que é manifestado no estudo realizado com a população-alvo de puérperas. A maioria das mulheres refere ter sentido “um pouco” de controlo durante o TP e “nada” ou “um pouco” de controlo durante o parto. Porém, das nove mulheres que demonstraram maior controlo no TP e parto, cinco realizaram PPN. Os EESMO entrevistados referem ainda identificar na parturiente uma baixa tolerância à dor, motivada pelo foco na analgesia epidural, não mobilizando as estratégias de autocontrolo

apreendidas na PPN. Defendem que este comportamento se deve à influência do imediatismo que existe na nossa sociedade e pela própria personalidade da mulher. Apesar disso, acreditam nos benefícios da PPN, desde que realizada por profissionais com competências e da devida valorização dada pela mulher.

Apesar da perspectiva dos EESMO poder sugerir que a PPN é pouco efetiva, verificam-se diferenças nas manifestações das mulheres que realizaram PPN e que não realizaram. Relativamente ao nível de relaxamento alcançado, a maioria das mulheres referem ter conseguido alcançar “um pouco” de relaxamento no TP e “nada” no parto. Apesar disso, verifica-se que das mulheres que em ambos os itens dão *scores* mais altos, a maioria realizou PPN. Quanto à dor, neste estudo prova-se não haver uma diferença significativa na intensidade manifestada entre as mulheres que realizaram PPN ou não, sendo classificada como uma dor de elevada intensidade durante o TP e parto. Segundo Duncan et al. (2017), a PPN é considerada uma estratégia primária para a grávida lidar com a dor do TP. Frias e Franco (2008), defendem a evidência de que a PPN, no âmbito da educação pré-natal, diminui a percepção de dor pelas parturientes.

Segundo as teorias já faladas, há que cortar o ciclo medo-tensão-dor: ansiedade, medo e dor aumentam a adrenalina que antagoniza a ocitocina, tendo consequências na contratilidade uterina (Madhavanprabhakaran, D'Souza, & Nairy, 2017). Frias (2012) defende que a PPN pelo Método Psicoprofilático permite diminuir ou eliminar estes sentimentos negativos. De uma forma geral, as mulheres que realizaram PPN referem não terem sentido dor e as que sentiram, classificam-na de uma forma inferior ao grupo das mulheres que não realizaram PPN. Este autor conclui assim que “... a preparação psicológica antes do parto pode aumentar o limiar da percepção da dor do TP.”, através de treino da respiração, relaxamento, entre outras. Este treino requer capacidades técnico-práticas dos profissionais especializados de forma a que as mulheres sejam ensinadas de forma eficaz. Do estudo com a população-alvo de puérperas verifica-se que a maioria das mulheres utilizou métodos de respiração e relaxamento durante o TP e parto, “bastante” e “muitas” vezes. Destas, a grande maioria realizou PPN.

A satisfação com o TP e parto não está diretamente relacionada com a ausência ou sensação de “pouca” dor. Segundo Souza e Silva (2011), muitas das parturientes desejam

experienciar a dor do TP. Amaro de Sousa (2015) explica ainda que mulheres com expectativas irrealistas referem uma dor com maior intensidade que as que têm expectativas realistas, conseqüentes da PPN. Por terem menos dor/gerir melhor a dor, conseguem ser mais participativas e autoeficientes. Tudo culmina na satisfação da mulher para com o parto.

O estudo levado a cabo por Souza e Silva (2011) conclui que para uma experiência de parto satisfatória, “(...) parece ser necessária a realização de uma preparação para o parto, consciente e adaptada ao casal.” (p. 151). Segundo Frias (2011b), citando Thune-Larsen e Pedersen (1988) e Figueiredo, Costa e Pacheco (2002), as mulheres com maior satisfação sobre a experiência do nascimento foram as que estavam mais informadas sobre o TP e parto. A posse dessa informação fê-las sentirem-se com maior capacidade de concentração, mais confiantes e seguras, resultando numa maior capacidade de gestão de stress, ansiedade e dor vivenciadas no TP e parto. Também a satisfação e experiência positiva de parto é influenciada por outros fatores, entre os quais as instalações da maternidade, os cuidados prestados pelos profissionais de saúde, expectativas alcançadas, suporte social, relaxamento e preocupações (Souza e Silva, 2011).

Com frequência, devido às expectativas criadas na PPN, muitas mulheres referem desilusão e incapacidade para passar pelo TP e parto (Duncan et al., 2017). Morgado et al. (2010) consideram “(...) estar em posse de elementos que nos permitem aconselhar os enfermeiros que promovem estes cursos a não desvalorizarem a dor que as mulheres julgam que irão sentir, mas antes que a abordem com as grávidas, ouvindo as suas expectativas e aceitando-as (...)”, permitindo a criação de expectativas mais realistas, o que resulta em experiências de parto mais positivas. Segundo os mesmos autores, os enfermeiros têm um papel fundamental e imprescindível na preparação da gravidez, parto, pós-parto e construção da parentalidade.

Apesar dos inúmeros benefícios da PPN, existe pouca eficácia na diminuição do medo do TP e parto. Este acarreta vários riscos para a saúde da grávida e associa-se a pouca capacidade de colaboração no próprio parto, devido à menor tolerância à dor, maior uso de analgesia durante o TP, maior n.º de intervenções obstétricas indesejadas e ao



aumento do risco de depressão pós-parto. Tudo isto culmina numa pior adaptação da mulher ao período pós-parto (Duncan et al., 2017), influenciando também a vinculação entre mãe/recém-nascido (Klaus e Kennel, 1992; Frias, 2011, citados em Frias, Barros & Sim-Sim, 2013). O estudo de Kızılırmak e Başer (2016) comprova que a PPN ao diminuir o medo sentido pelas grávidas, perspetiva o parto de forma positiva. Os cursos de *Mindfulness* direcionados para o TP são uma promissora estratégia de PPN, já que estudos nesta área têm sistematicamente demonstrado benefícios em estados depressivos e outros transtornos de humor.

Em suma, podemos afirmar que das diferentes investigações analisadas resultaram vários achados: as mulheres que realizaram PPN tiveram maior n.º de parto vaginal, expectativas mais positivas, maior sensação de autocontrolo/eficácia durante o TP e parto, referiram menos dor durante o TP e parto, mostraram-se melhor preparadas para o TP e parto, uma melhor vinculação mãe-bebé, entre outros. Todas estas investigações confluem para a mesma conclusão: a PPN influencia a experiência de TP e parto de forma positiva. As conclusões relativas ao projeto de investigação realizado têm veracidade, uma vez que se pode tratar de um caso de tautologia, por não ser um trabalho pioneiro na área. Daqui advém que as conclusões semelhantes dos diferentes estudos análogos fortalecem as suas conclusões (Sousa, 2009).



## 11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afshar, Y., Wang, E. T., Mei, J., Esakoff, T. F., Pisarska, M. D. & Gregory, K. D. (2017). Childbirth Education Class and Birth Plans Are Associated with a Vaginal Delivery. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 44(1), 29-34. doi: 10.1111/1birt.12263.
- Amaro de Sousa, A. P. P. (2015). *Construir a confiança para o parto: desenvolvimento e avaliação de um programa de intervenção em Enfermagem*. (Tese de Doutoramento). Disponível no RCAAP: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20727/1/Tese%20vers%C3%A3o%20final-30-06-2016.pdf>
- APA (2012). *Regras essenciais do estilo da APA*. (6ª ed.). Porto Alegre: Penso
- Barros, M. L., & Frias, A. (2012). Educar Para Aliviar a Dor. Trabalho apresentado em *III Congresso de investigação em enfermagem Ibero-Americano e de países de língua Oficial Portuguesa*, In Referência, Coimbra
- Carmo, V. (2013). *O uso de questionários em trabalhos científicos*. Disponível em: [http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino\\_2013\\_2/O\\_uso\\_de\\_questionarios\\_em\\_trabalhos\\_cientificos.pdf](http://www.inf.ufsc.br/~vera.carmo/Ensino_2013_2/O_uso_de_questionarios_em_trabalhos_cientificos.pdf)
- CHUA (2018a). Institucional. *Instituição*. Consultado em 14 de julho de 2018 em <http://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
- CHUA (2018b). Serviços. *Serviços Clínicos. Obstetrícia*. Consultado em 14 de julho de 2018 em [www.chualgarve.min-saude.pt/servicos-clinicos/obstetricia-2/](http://www.chualgarve.min-saude.pt/servicos-clinicos/obstetricia-2/)
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2004). Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 159-187. Disponível no RCCAP: <http://hdl.handle.net/1822/5850>
- Couto, G. (2003). *Preparação para o Parto. Representações Mentais de um Grupo de Grávidas de uma Área Urbana e de uma Área Rural*. (Tese de Doutoramento). Disponível no Repositório aberto da Universidade do Porto: [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9730/7/4616\\_TM\\_01\\_P.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9730/7/4616_TM_01_P.pdf)

- Decreto-Lei n.º 101/2017 de 23 de agosto (2017). Diário da República, 1ª série, n.º 162. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/108041480>
- Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro (2017). Diário da República, 1ª série, n.º 176. Disponível em <https://dre.pt/application/file/a/75319373>
- Decreto-Lei n.º 69/2013 de 17 de maio (2013). Diário da República, 1ª série, n.º 95. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/260989>
- Despacho n.º 7495/2006. Diário da República, II série, n.º 67. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/958060>
- DGS (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- Dicionário infopédia da Língua Portuguesa (2018). *Competência*. Porto: Porto Editora. Consultado em 16 de julho de 2018 em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/competencia>
- Dicionário infopédia da Língua Portuguesa (2018). *Metodologia*. Porto: Porto Editora. Consultado em 17 de julho de 2018 em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/metodologia>
- Diretiva 2005/36/CE de 7 de setembro (2005). Relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. Jornal Oficial da União Europeia. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=PT>
- Duncan, L. G., Cohn, M. A., Chao, M. T., Cook, J. G., Riccobono, J., & Bardacke, N. (2017). Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17: 140. doi: 10.1186/s12884-017-1319-3.
- Fabian, H., Sarkadi, A., & Åhman, A. (2015). Challenges and benefits of conducting parental classes in Sweden: Midwives' perspectives. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal Of The Swedish Association Of Midwives*, 6(4), 236-242. doi: 10.1016/j.srhc.2015.05.007.

- Fortin, M., Côte, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.
- Frias, A. (2011a). Preparação psicológica para o nascimento: diálogos conjuntos, conhecimentos que se cruzam. In A. Pimentel & V. Franco, *Diálogos dentro da Psicologia. Contributos da investigação luso-brasileira em psicologia social, clínica e educacional*, 106 - 114. Portugal: Aloendro
- Frias, A. (2011b). *Preparação Psicoprofilática e a Perceção da Experiência do Nascimento*. Disponível em: [https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/4082/1/Art\\_PPQ\\_INFAD1.pdf](https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/4082/1/Art_PPQ_INFAD1.pdf)
- Frias, A. (2012). Aprender para bem nascer!... *International Journal of Development and Educational Psychology*, 1(2), 285-292. Disponível no RCAAP: <http://dehesa.unex.es/handle/10662/3847>
- Frias, A., & Franco, V. (2008). Perceção do parto e envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 1, 37-46. Disponível em: [http://infad.eu/RevistaINFAD/2008/n1/volumen1/INFAD\\_010120\\_37-46.pdf](http://infad.eu/RevistaINFAD/2008/n1/volumen1/INFAD_010120_37-46.pdf)
- Frias, A., Barros, L. & Sim-Sim, M. (2013). Adaptação à Parentalidade: Experiência do parto e Bonding. Disponível no RCAAP: <http://hdl.handle.net/10174/8375>
- ICN (2012). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Disponível em: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_english.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf)
- Instituto Nacional de Estatística, (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística
- Kızıllırmak, A., & Başer, M. (2016). The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied Nursing Research*, 29, 19-24. doi: 10.1016/j.apnr.2015.04.002.
- Lei n.º 142/99 de 31 de agosto (1999). Quarta alteração à Lei n.º 4/84, de 5 de abril, alterada pelas Leis n.ºs 17/95, de 9 de junho, 102/97, de 13 de setembro, e 18/98, de 28 de abril. Diário da República I, Série A, n.º 203. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/581908>



- Lei n.º 4/84 de 5 de abril (1984). Proteção da maternidade e da paternidade. Diário da República, I Série, n.º 81. Disponível em: <https://dre.pt/application/contendo/654496>
- Madhavanprabhakaran, G. K., D'Souza, M. S., & Nairy, K. (2017). Effectiveness of Childbirth Education on Nulliparous Women's Knowledge of Childbirth Preparation, Pregnancy Anxiety and Pregnancy Outcomes. *Nursing & Midwifery Studies*, 6, 1-10. doi: 10.5812/nmsjournal.32526.
- McDonald, S. D., Sword, W., Eryuzlu, L. E. & Biringer, A. (2014). A qualitative descriptive study of the group prenatal care experience: perceptions of women with low-risk pregnancies and their midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14: 334. doi: 10.1186/1471-2393-14-334.
- Mendes, M. F., Infante, P., Afonso, A., Maciel, A., Ribeiro, F., Tomé, L. P., & Brazão de Freitas, R. (2016). *Introdução ao estudo: Determinantes da fecundidade em Portugal*. Disponível via Repositório da Universidade de Évora em: <http://hdl.handle.net/10174/20524>
- Morais, C. (2013). *Investigação: do problema aos resultados*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança. doi: 10.13140/RG.2.1.2846.9927.
- Morgado, C., Pacheco, C., Belém, C., & Nogueira, M. (2010). Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo. *Revista Referência*. 2(12), 17-27. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-1727.pdf>
- Néné, M., Marques, R. & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel
- NMC (2015). *The Code. Professional standards of practice and behaviour for nurses and midwives*. Disponível em: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/nmc-code.pdf>
- OE (2007). Parecer CJ 123/2007 – Sobre a possibilidade de os cursos de preparação para o parto serem ministrados por enfermeiros sem especialidade na área da saúde materna e obstetrícia. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer\\_CJ\\_123\\_2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_CJ_123_2007.pdf)



- OE (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Disponível em: [http://www.ordemdosenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica\\_aprova-doAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemdosenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprova-doAG20Nov2010.pdf)
- OE (2011a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf)
- OE (2011b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaude-MaternaObstetricaGinecologica.pdf>
- OE (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro\\_norma\\_de\\_dotacoesseguras\\_dos\\_cuidados\\_de\\_enfermagem\\_ag\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)
- OE (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- OMS (2015). *Declaração da OMS sobre as Taxas de Cesáreas*. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/who\\_rhr\\_15.02\\_por.pdf;jsessionid=BBE8D39EECBF5C12087752945F54781A?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/who_rhr_15.02_por.pdf;jsessionid=BBE8D39EECBF5C12087752945F54781A?sequence=3)
- Ordem de Serviço n.º 13/2016 (2016). Regulamento Académico. Universidade de Évora.
- Ordem de Serviço n.º 18/2010 (2010). Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem. Universidade de Évora.

- PORDATA (2017). Percentagem de cesarianas nos hospitais. Consultado em 16 de julho de 2018 em [https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+\(percentagem\)-1985](https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+(percentagem)-1985)
- Santos, C. M. C., Pimenta, C. A. M. & Nobre, M. R.C. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 15(3). Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt\\_v15n3a23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf)
- Silva, R. M. O., Antunes da Luz, M. D., Fernandes, J. D., Souza da Silva, L., Cordeiro, A. L. A. O. & Rezende da Mota, L. S. (2018). Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(16), 147-154. doi: 10.12707/RIV17076.
- Sousa, A.B. (2009). *Investigação em Educação*. (2ª ed). Lisboa: Livros Horizonte
- Souza e Silva, A. C. (2011). Vivências da Maternidade: Expectativas e Satisfação das Mães no Parto. (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/18015>
- Teixeira, S. (2016). Aplicabilidade da taxa de cesarianas proposta pela OMS a nível global. (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/90742>

## APÊNDICES

Apêndice I - Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação das puérperas



## **CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO**

**Título do estudo: “Preparação para o Nascimento – a sua influência no trabalho de parto e parto”**

Exma. senhora,

Sendo enfermeira ingressa no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora, convido-a a participar neste projeto de investigação, orientado pela professora doutora Otilia Zangão. O objetivo é demonstrar a influência da preparação para o nascimento no trabalho de parto e parto. Para tal, precisamos da participação de mulheres que passaram por estas experiências, para poder conhecer a sua perspetiva.

A participação neste estudo consiste no preenchimento de um questionário, que lhe será entregue durante o internamento nesta instituição, cuja Comissão de Ética deu parecer favorável. Todos os dados fornecidos serão tratados confidencialmente, em anonimato e exclusivamente para este estudo. A qualquer momento pode recusar participar, sem que isso lhe cause qualquer dano.

Agradeço a sua participação e contribuição para esta investigação. Para qualquer outro esclarecimento estarei disponível através de telefone (962082640) ou email (as\_a\_n@hotmail.com).

Obrigada pela atenção disponibilizada,

A Investigadora: \_\_\_\_\_

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR UMA PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA E OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

## Apêndice II – Instrumento de colheita de dados aplicado às puérperas

Este questionário é composto por duas componentes: a primeira parte são questões de âmbito sócio-demográfico-obstétrico, sendo a segunda parte composta por questões relativas à experiência e satisfação com o parto.

### QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO-OBSTÉTRICO

Por favor, leia atentamente todas as questões, preenchendo as linhas e colocando “X” no quadrado que se encontra à direita da resposta que mais se adequa ao seu caso.

#### DADOS PESSOAIS

Idade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Local de residência:

1 - Aldeia ☐ 2 - Vila ☐ 3 - Cidade ☐

Distrito: \_\_\_\_\_

Estado Civil:

1 - Solteira ☐ 2 - Casada ☐ 3 - União de facto ☐ 4 - Viúva ☐ 5 - Divorciada ☐

Escolaridade:

1 - 4º ano ☐ 2 - 6º ano ☐ 3 - 9º ano ☐ 4 - 12º ano ☐

5 - Licenciada ☐ 6 - Mestre ☐ 7 - Doutorada ☐

Profissão: \_\_\_\_\_

Situação profissional:

1 - Empregada ☐ 2 - Desempregada ☐

**Se escolheu a opção “Empregada”:** 1.1 - Tempo inteiro ☐ 1.2 - Tempo parcial ☐

#### HISTÓRIA OBSTÉTRICA

N.º de vezes que engravidou (inclui abortos):

1 - 1 ☐ 2 - 2 ☐ 3 - 3 ou mais ☐

N.º de partos:

1 - 1 ☐ 2 - 2 ☐ 3 - 3 ou mais ☐

Tipos de partos:

1 - Normal ☐ 2 - Ventosa ☐ 3 - Fórceps ☐ 4 - Cesariana ☐ 5 - Misto ☐

#### **Em relação à última gravidez:**

Gravidez planeada:

1 - Sim ☐ 2 - Não ☐

Gravidez vigiada:

1 - Sim ☐ 2 - Não ☐

**Se escolheu a opção “Sim”:** N.º de consultas:

1 - 4 ou menos ☐ 2 - Entre 5 a 8 ☐ 3 - 9 ou mais ☐

Plano de Parto:

1 - Sim ☐ 2 - Não ☐

Tipo de parto:

1 - Parto normal ☐ 2 - Fórceps ☐ 3 - Ventosa ☐ 4 - Cesariana ☐ 5 - Misto ☐

Controlo da dor:

1 - Anestesia Geral ☐ 2 - Epidural ☐ 3 - Localizada ☐ 4 - Medicação ☐

5 - Não farmacológico: Massagem, Aromoterapia, Hidroterapia, Musicoterapia ☐

6 - Nenhum ☐

Frequentou algum curso de preparação para o nascimento/parto?

1 - Sim ☐ 2 - Não ☐

**Se escolheu a opção “Sim”:**

Onde: \_\_\_\_\_

Horas/ sessões frequentadas: \_\_\_\_\_

Início: 1 - 1º trimestre ☐ 2 - 2º trimestre ☐ 3 - 3º trimestre ☐

## QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM O PARTO

Por favor, leia atentamente todas as questões, preenchendo as linhas e colocando “X” no quadrado que se encontra à direita da resposta que mais se adequa ao seu caso.

	Nada	Um pouco	Bastante	Muito
	1	2	3	4
1. O trabalho de parto (TP) decorreu de encontro com as suas expectativas				
2. O parto (P) decorreu de encontro com as suas expectativas				
3. O pós-parto (PP) decorreu de encontro com as suas expectativas				
4. A dor que sentiu no TP foi de acordo com as expectativas				
5. A dor que sentiu no P foi de acordo com as expectativas				
6. A dor que sentiu no PP foi de acordo com as expectativas				
7. As condições físicas da Maternidade no TP foram de encontro com as suas expectativas (qualidades das instalações)				
8. As condições físicas da Maternidade no P foram de encontro com as suas expectativas (qualidades das instalações)				
9. As condições físicas da Maternidade no PP foram de encontro com as suas expectativas (qualidades das instalações)				
10. A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no TP foi de acordo com as suas expectativas				
11. A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no P foi de acordo com as suas expectativas				
12. A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no PP foi de acordo com as suas expectativas				
13. O tempo que demorou o TP foi de encontro com as suas expectativas				
14. O tempo que demorou o P foi de encontro com as suas expectativas				
15. O tempo que demorou o PP foi de encontro com as suas expectativas				
16. O tempo que demorou a tocar no bebé, após o P foi de encontro com as suas expectativas				
17. O tempo que demorou a pegar no bebé, após o P foi de encontro com as suas expectativas				
18. Usou métodos de respiração e relaxamento durante o TP				
19. Usou métodos de respiração e relaxamento durante o P				
20. Qual o relaxamento que conseguiu atingir, durante o TP				
21. Qual o relaxamento que conseguiu atingir, durante o P				
22. O relaxamento ajudou-a durante o TP				
23. O relaxamento ajudou-a durante o P				
24. Sentiu que tinha a situação sobre controlo, durante o TP				



25. Sentiu que tinha a situação sobre controlo, durante o P				
26. Sentiu que tinha a situação sobre controlo, logo após o P				
27. Sentiu-se confiante, durante o TP				
28. Sentiu-se confiante, durante o P				
29. Sentiu-se confiante, logo após o P				
30. Contou com o apoio do companheiro, durante o TP				
31. Contou com o apoio do companheiro, durante o P				
32. Contou com o apoio do companheiro, logo após o P				
33. A ajuda do seu companheiro foi útil, durante o TP				
34. A ajuda do seu companheiro foi útil, durante o P				
35. A ajuda do seu companheiro foi útil, logo após o P				
36. Contou com o apoio de alguém importante para si (familiar ou amigo), durante o TP				
37. Contou com o apoio de alguém importante para si (familiar ou amigo), durante o P				
38. Contou com o apoio de alguém importante para si (familiar ou amigo), logo após o P				
39. Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao TP				
40. Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao P				
41. Tinha conhecimento de todos os acontecimentos relativos ao PP				
42. Sentiu medo durante o TP				
43. Sentiu medo durante o P				
44. Sentiu medo logo após o P				
45. Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o TP				
46. Em algum momento sentiu prazer ou satisfação durante o P				
47. Em algum momento sentiu prazer ou satisfação logo após o P				
48. Que quantidade de mal estar sentiu durante o TP				
49. Que quantidade de mal estar sentiu durante o P				
50. Que quantidade de mal estar sentiu logo após o P				
51. Teve preocupações acerca do seu estado de saúde durante o TP				
52. Teve preocupações acerca do seu estado de saúde durante o P				
53. Teve preocupações acerca do seu estado de saúde logo após o P				
54. Teve preocupações acerca do estado de saúde do bebé durante o TP				
55. Teve preocupações acerca do estado de saúde do bebé durante o P				
56. Teve preocupações acerca do estado de saúde do bebé logo após o P				
57. Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou durante o TP				
58. Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou durante o P				
59. Considera que foi um membro útil e cooperativo com a equipa médica que a acompanhou logo após o P				
60. Recorda o TP como doloroso				
61. Recorda o P como doloroso				
62. Recorda o PP como doloroso				
63. Os equipamentos usados no parto geraram-lhe mal-estar				
64. Já falou da experiência de parto com o companheiro				
65. Sente-se melhor depois de falar sobre a experiência de P				
66. Foi capaz de aproveitar plenamente a primeira vez que esteve com o bebé				

67. Até que ponto a sua dor interferiu na relação e nos cuidados prestados ao bebé				
68. Até que ponto a sua dor interferiu na relação com o companheiro				
69. Qual o grau de preocupação do companheiro perante a sua dor				
70. Em geral, qual é o nível de interferência da sua dor nas atividades do dia-a-dia				
71. Até que ponto a sua dor interferiu na capacidade para participar em atividades recreativas e sociais				
72. Tem estado preocupada com o seu estado de saúde				
73. Tem estado preocupada com o estado de saúde do bebé				
74. Tem estado preocupada com as consequências do P em si				
75. Tem estado preocupada com as consequências do P no seu bebé				
76. Tem estado preocupada com dificuldades em amamentar ao peito				
77. Tem estado preocupada com o ganho de peso do seu bebé				
78. Tem sentido dificuldade em cuidar do bebé				
79. Tem estado preocupada com o regresso a casa				
80. Está satisfeita com a forma como decorreu o TP				
81. Está satisfeita com a forma como decorreu o P				
82. Está satisfeita com a forma como decorreu o PP				
83. Está satisfeita com o tempo que demorou o TP				
84. Está satisfeita com o tempo que demorou o P				
85. Está satisfeita com o tempo que demorou o PP				
86. Está satisfeita com as condições físicas da maternidade no TP				
87. Está satisfeita com as condições físicas da maternidade no P				
88. Está satisfeita com as condições físicas da maternidade no PP				
89. Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no TP				
90. Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no P				
91. Está satisfeita com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no PP				
92. Está satisfeita com a intensidade de dor que sentiu no TP				
93. Está satisfeita com a intensidade de dor que sentiu no P				
94. Está satisfeita com a intensidade de dor que sentiu no PP				
95. Está satisfeita com o tempo que demorou a tocar no seu bebé, após o P				
96. Está satisfeita com o tempo que demorou a pegar no seu bebé, após o P				

Relativamente à dor sentida no TP e P, responda às questões tendo em conta a seguinte escala de quantificação da dor:

0 – Nenhuma; 1 – Mínima; 2 – Muito pouca; 3 – Pouca; 4 – Alguma; 5 – Moderada; 6 – Bastante; 7 – Muita; 8 – MUITÍSSIMA; 9 – Extrema; 10 – A pior jamais imaginável

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
97. Intensidade média de dor durante o TP											
98. Intensidade máxima de dor durante o TP											
99. Intensidade média de dor durante o P											
100. Intensidade máxima de dor durante o P											

---

101. Intensidade média de dor logo a seguir ao P											
102. Intensidade média de dor no 1º dia após o P											
103. Intensidade média de dor no 2º dia após o P											
104. Intensidade média de dor neste momento											

*Obrigada pela sua participação*

### Apêndice III – Instrumento de colheita de dados aplicado aos EESMO



## INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS À AMOSTRA DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA (EESMO)

Este instrumento de colheita de dados é composto por duas componentes: a primeira parte por um questionário sociodemográfico, sendo a segunda parte uma entrevista semiestruturada composta por questões relativas à preparação para o nascimento (PPN).

### QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

#### DADOS PESSOAIS

Idade:

Sexo:

Nacionalidade:

Estado Civil:

1 - Solteiro ☐ 2 - Casado ☐ 3 - União de facto ☐ 4 - Viúvo ☐

#### DADOS PROFISSIONAIS

Habilitações:

1 – Pós-licenciado ☐ 2 - Mestre ☐ 3 - Doutorado ☐

Se Mestre ou Doutorado, em que área? \_\_\_\_\_

Ano de conclusão da Especialidade:

Anos de experiência na área da Saúde Materna e Obstetrícia:

Anos de experiência em Bloco de Partos:

Formação em Preparação para o Nascimento:

1 – Sim ☐ 2 - Não ☐

Experiência em Preparação para o Nascimento:

1 – Sim ☐ 2 - Não ☐

### QUESTÕES

Com base na sua experiência profissional, responda às questões:

- 1 – O que pensa sobre a PPN?
- 2 - Como é que o EESMO no Bloco de Partos promove/reforça/valida/executa PPN?
- 3 - Qual é a sua perspetiva sobre a relação entre a PPN e a capacidade da parturiente ter autocontrolo no seu trabalho de parto (TP) e parto?
- 4 – Considera que a mulher que frequentou um curso de PPN está mais preparada para o TP e parto?
- 5 – Considera que a mulher que frequentou um curso de PPN tem mais ganhos positivos para a sua saúde, do que uma mulher que não frequentou? Se sim, quais os ganhos que identifica?

Apêndice IV - Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em  
estudos de investigação dos EESMO

## **CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO**

**Título do estudo: “Preparação para o Nascimento – a sua influência no trabalho de parto e parto**

Exmo.(ª) Senhor(a) Enfermeiro(a) Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO),

Sendo Enfermeira ingressa no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora, convido-a a participar neste projeto de investigação, orientado pela professora doutora Otilia Zangão. O objetivo é demonstrar a influência da preparação para o nascimento no trabalho de parto e parto.

A participação neste estudo é através de uma entrevista semiestruturada, cujo objetivo é descrever a perceção dos EESMO sobre a influência da preparação para o nascimento no trabalho de parto e parto. As entrevistas serão realizadas durante o horário laboral, não ultrapassarão os 15 minutos e numa sala da instituição, cuja Comissão de Ética deu parecer favorável. Todos os dados fornecidos serão tratados confidencialmente, em anonimato e exclusivamente para este estudo. A qualquer momento pode recusar participar, sem que isso lhe cause qualquer dano.

Agradeço a sua participação e contribuição para esta investigação. Para qualquer outro esclarecimento estarei disponível através de telefone (962082640) ou email (as\_a\_n@hotmail.com).

Obrigada pela atenção disponibilizada,

A Investigadora: \_\_\_\_\_

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR UMA PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA E OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Apêndice V – Atividades de diagnóstico e intervenções de Enfermagem validadas no estudo de Amaro de Sousa (2015)



### ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO

Analisar com a mulher o desejo de participar na seleção de estratégias de alívio da dor de TP

Caracterizar nível de autoeficácia

Identificar como interpreta a dor de TP

Identificar expectativas relativas ao TP e nascimento

Identificar crenças sobre TP e parto

Identificar influências culturais sobre resposta à dor de TP

Identificar estratégias usadas para ultrapassar situações de stress e ansiedade

Identificar tendências de reação a situações percebidas como ameaçadoras

Identificar estratégias de *coping* habitualmente utilizadas na gestão da dor

Questionar sobre experiências anteriores de dor

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Ajudar a acreditar que vai ser capaz de ultrapassar a situação com êxito

Ajudar a confrontar os agentes stressores um a um

Ajudar a contruir/elaborar um plano de parto

Ajudar a criar expetativas realistas

Ajudar a desenvolver um conjunto de estratégias de *coping* para o parto

Ajudar a distinguir estados de tensão e de relaxamento

Ajudar a gerir emoções

Ajudar a identificar estratégias de *coping* habituais para alívio da dor

Ajudar a identificar estratégias de *coping* preferidas no alívio da dor

Ajudar a identificar padrões de pensamento que podem ter impacto na utilização de estratégias de *coping*

Ajudar a mulher a identificar os agentes stressores

Ajudar a preparar para cada contração uterina

Definir objetivos curtos e atingíveis

Efetuar visita guiada ao bloco de partos

Ensinar como lidar com uma contração de cada vez

Ensinar sobre auto pensamento positivo

Ensinar sobre estratégias de manutenção do autocontrolo

Ensinar sobre imaginar o filho durante a contração uterina

Ensinar técnica de autocontrolo de ansiedade

Explicar os procedimentos habituais no TP

Explicar sobre respostas fisiológicas e emocionais ao TP

Explicar TP através da visualização de vídeo

Fornecer *feedback* avaliativo

Incentivar a ficar atenta a cada contração uterina

Informar sobre as sensações com que se podem deparar durante o TP

Informar sobre técnicas não farmacológicas de alívio da dor no TP

Informar sobre TP e nascimento

Instruir e treinar autodeclaração

Instruir e treinar autoinstrução

Instruir sobre distração pela música

Instruir sobre o ritmo de TP

Organizar sessão para partilha de experiência positiva de parto

Orientar para estratégias de comunicação com os profissionais de saúde

Promover discussão intragrupo sobre procedimentos no TP

Reforçar positivamente a capacidade para ser ativa no TP

Treinar técnica de distração

Treinar técnica de imaginação dirigida

Treinar técnica de relaxamento

Treinar técnica respiratória

Treinar técnicas de conforto a utilizar durante o TP



Apêndice VI - Tabela de frequências das profissões da amostra de puérperas

Profissões da amostra de puérperas					
		Frequência	Percentagem (%)	% válida	% cumulativa
Válido	<i>missing</i>	8	26,7	26,7	26,7
	Assistente dentária	1	3,3	3,3	30,0
	Auxiliar de creche	1	3,3	3,3	33,3
	Cabeleireira	2	6,7	6,7	40,0
	Caixa bancária	1	3,3	3,3	43,3
	Enfermeira	2	6,7	6,7	50,0
	Empregada de mesa	3	10,0	10,0	60,0
	Esteticista	1	3,3	3,3	63,3
	Médica dentista	1	3,3	3,3	66,7
	Pasteleira	1	3,3	3,3	70,0
	Professor	1	3,3	3,3	73,3
	Assistente trabalhadora de limpeza	1	3,3	3,3	76,7
	Vendedor em loja	6	20,0	20,0	96,7
	Educadora de Infância	1	3,3	3,3	100,0
	<b>Total</b>	30	100,0	100,0	


Apêndice VII – Tabela de médias dos itens da escala QESP com *score* de 1 a 4

<i>Itens</i>	$\bar{X}$				
<b><i>Q1</i></b>	2,27	<b><i>Q29</i></b>	2,67	<b><i>Q58</i></b>	2,90
<b><i>Q2</i></b>	2,43	<b><i>Q30</i></b>	3,57	<b><i>Q59</i></b>	3,13
<b><i>Q3</i></b>	2,50	<b><i>Q31</i></b>	3,13	<b><i>Q60</i></b>	2,77
<b><i>Q4</i></b>	2,20	<b><i>Q32</i></b>	3,60	<b><i>Q61</i></b>	2,70
<b><i>Q5</i></b>	2,10	<b><i>Q33</i></b>	3,50	<b><i>Q62</i></b>	2,13
<b><i>Q6</i></b>	2,17	<b><i>Q34</i></b>	3,10	<b><i>Q63</i></b>	1,90
<b><i>Q7</i></b>	3,20	<b><i>Q35</i></b>	3,37	<b><i>Q64</i></b>	3,30
<b><i>Q8</i></b>	3,23	<b><i>Q36</i></b>	2,67	<b><i>Q65</i></b>	3,13
<b><i>Q9</i></b>	3,00	<b><i>Q37</i></b>	2,47	<b><i>Q66</i></b>	3,23
<b><i>Q10</i></b>	3,43	<b><i>Q38</i></b>	2,87	<b><i>Q67</i></b>	1,73
<b><i>Q11</i></b>	3,43	<b><i>Q39</i></b>	2,77	<b><i>Q68</i></b>	1,63
<b><i>Q12</i></b>	3,23	<b><i>Q40</i></b>	2,70	<b><i>Q69</i></b>	3,33
<b><i>Q13</i></b>	2,20	<b><i>Q41</i></b>	2,60	<b><i>Q70</i></b>	2,20
<b><i>Q14</i></b>	2,30	<b><i>Q42</i></b>	2,93	<b><i>Q71</i></b>	1,83
<b><i>Q15</i></b>	2,60	<b><i>Q43</i></b>	2,57	<b><i>Q72</i></b>	2,03
<b><i>Q16</i></b>	2,67	<b><i>Q44</i></b>	2,03	<b><i>Q73</i></b>	2,50
<b><i>Q17</i></b>	2,70	<b><i>Q45</i></b>	1,57	<b><i>Q74</i></b>	2,00
<b><i>Q18</i></b>	2,87	<b><i>Q46</i></b>	1,83	<b><i>Q75</i></b>	1,87
<b><i>Q19</i></b>	2,47	<b><i>Q47</i></b>	2,73	<b><i>Q76</i></b>	2,40
<b><i>Q20</i></b>	2,00	<b><i>Q48</i></b>	2,77	<b><i>Q77</i></b>	2,27
<b><i>Q21</i></b>	1,97	<b><i>Q49</i></b>	2,57	<b><i>Q78</i></b>	1,50
<b><i>Q22</i></b>	2,37	<b><i>Q50</i></b>	2,03	<b><i>Q79</i></b>	1,80
<b><i>Q23</i></b>	2,00	<b><i>Q51</i></b>	2,30	<b><i>Q80</i></b>	2,60
<b><i>Q24</i></b>	2,00	<b><i>Q52</i></b>	2,23	<b><i>Q81</i></b>	2,63
<b><i>Q25</i></b>	1,87	<b><i>Q53</i></b>	2,20	<b><i>Q82</i></b>	2,90
<b><i>Q26</i></b>	2,13	<b><i>Q54</i></b>	2,53	<b><i>Q83</i></b>	2,50
<b><i>Q27</i></b>	2,37	<b><i>Q55</i></b>	2,77	<b><i>Q84</i></b>	2,80
<b><i>Q28</i></b>	2,20	<b><i>Q56</i></b>	2,60	<b><i>Q85</i></b>	2,87
		<b><i>Q57</i></b>	3,03	<b><i>Q86</i></b>	3,13



<b><i>Q87</i></b>	3,13
<b><i>Q88</i></b>	3,03
<b><i>Q89</i></b>	3,40
<b><i>Q90</i></b>	3,57
<b><i>Q91</i></b>	3,57
<b><i>Q92</i></b>	2,10
<b><i>Q93</i></b>	2,13
<b><i>Q94</i></b>	2,57
<b><i>Q95</i></b>	3,10
<b><i>Q96</i></b>	2,93

Apêndice VIII - Plano de atividades e cronograma da proposta do projeto submetida  
à Universidade de Évora

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado <b>PROPOSTA DE PROJETO DE</b> <b>TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO</b>	<b>MODELO</b> <b>T-005</b> Ano Letivo: 2017 / 2018
	<b>1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA</b> <input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Não aprovado Fundamentação (No caso de "Não aprovado", esta fundamentação será utilizada para notificação ao estudante):  Data: _____ Assinatura: _____	
<b>2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO</b> (A ser emitido antes da entrega do projeto nos SAC)  Data: _____ Assinatura: _____		
<b>3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE</b> Nome Completo: <u>Andreia Sofia Aniceto Nobre</u> Número: <u>37417</u> Curso: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia</u> Especialidade: <u>Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia</u> Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado		
<b>4. CONTACTOS DO ESTUDANTE</b> Telef.: <u>962082640</u> E-mail: <u>as a_n@hotmail.com</u>		
<b>5. PROPOSTA</b> <input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega de Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso <input type="checkbox"/> Proposta de Alteração de Projeto Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Se deve preencher os respetivos quadros) <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.		
<b>6. TÍTULO DO TRABALHO</b> Título em Português: <u>Preparação para o nascimento - a sua influência no trabalho de parto e parto</u> Título em Inglês: <u>Birth preparation - influences on labour and delivery</u>		



<b>7. TIPO DE TRABALHO</b> <i>(de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)</i> <small>APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:</small> <input type="checkbox"/> Tese <b>Formato da Tese:</b> <input type="checkbox"/> Dissertação sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados, obras ou realizações artísticas com exploração escrita <input type="checkbox"/> Outros produtos de investigação realizada com memória justificativa e descritiva <small>PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:</small> <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto	<b>8. LÍNGUA DE REDAÇÃO</b> <input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____			
<b>9. ORIENTAÇÃO</b> <i>(Anexar declaração(ões) de aceitação)</i> Nome: <u>Maria Otília Brites Zangão</u> Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u> N.º Identificação Civil: <u>09294982 7ZY3</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: <u>266 730 300</u> E-mail: <u>otiliaz@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0003-2899-8768</u> <hr/> Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____ <hr/> Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____				
<b>10. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO</b> Área Disciplinar (Área FCS) (ver Anexo 1): <u>Ciências da Saúde</u> Palavras-chave (5 palavras): <u>Educação Pré-Natal; Gestantes; Trabalho de parto; Parto; Enfermeiras Obstétricas</u>				
<b>11. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA</b> <u>Cursos de preparação para o nascimento/ As exigências físicas e psicológicas da mulher nos 1º e 2º estádios do trabalho de parto/ Contributos dos cursos de preparação para o nascimento no trabalho de parto e parto/ Perspetiva dos Enfermeiros Especialista em Saúde Materna e Obstetria sobre a temática.</u>				
<b>12. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA</b> <u>Em anexo.</u>				
<b>13. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO</b> <i>(A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)</i> <div style="height: 40px; border: 1px solid black;"></div>				
<b>14. DOCUMENTOS ANEXOS</b> <input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento (Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos da 3.ª Ciclo <input type="checkbox"/> Outros: _____	<b>15. DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO ESTUDANTE</b> <p>Nos termos do Regulamento conducente ao Grau de Doutor ou Grau de Mestre em vigor (de acordo com o meu ciclo de estudos), entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. <b>Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederé nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração ao prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP.</b></p> <p style="text-align: center;">Data _____ Assinatura _____</p>			
<b>16. RESERVADO AOS SERVIÇOS</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; text-align: center; vertical-align: top;">Receção <small>(Data e Assinatura)</small></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; text-align: center; vertical-align: top;">Registo <small>(Data e Assinatura)</small></td> <td style="width: 33%; border: 1px solid black; vertical-align: top;">Observações:</td> </tr> </table>		Receção <small>(Data e Assinatura)</small>	Registo <small>(Data e Assinatura)</small>	Observações:
Receção <small>(Data e Assinatura)</small>	Registo <small>(Data e Assinatura)</small>	Observações:		



**12. RESUMO**

O trabalho de parto (TP) é um dos acontecimentos mais ancestrais da nossa história. Assim como inúmeros outros aspetos da vida humana, também a vivência da gravidez e do parto sofreu alterações ao longo da evolução da humanidade. Muito devido à valorização crescente da mulher na sociedade, é-lhe reconhecida a influência no sucesso do TP. Tal acontece no século passado, quando o obstetra inglês Dick Read concluiu que o ciclo medo-tensão-dor leva a complicações físicas e psicológicas que interferem na evolução do TP, prejudicando o sucesso do parto. Desde então, várias correntes têm estudado diferentes formas de preparar a mulher para este evento crucial. Atualmente, a Enfermagem e a Psicologia procuram empoderar a mulher no seu estado gravítico. Reconhece-se haver ainda pouca sensibilidade ou capacidade dos profissionais envolvidos na estimulação deste empoderamento, principalmente durante o TP e parto.

O objetivo geral deste trabalho é demonstrar a influência da preparação para o nascimento (PPN) no TP e parto.

Trata-se de um estudo qualitativo não experimental, do tipo descritivo correlacional. Durante o Estágio III do curso de Mestrado em que surge este projeto, serão convidadas a participar puérperas internadas no serviço de Bloco de Partos (BP) ou Obstetrícia do Hospital de Portimão do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA). Como critérios de inclusão, o parto terá que resultar um ou mais nados-vivos e ter o 1º ciclo de escolaridade concluído. Nas primeiras 48h pós-parto (PP) será aplicado um questionário constituído por duas componentes: a primeira parte é a avaliação sociodemográfica das participantes e a segunda parte baseada em escala de autor (Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto). Posteriormente, serão entrevistados os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) do serviço de BP, com o objetivo de verificar a sua perceção sobre a influência dos cursos de PPN no TP e parto, em que o instrumento de colheita de dados será também ele composto por duas componentes: uma de avaliação sociodemográfica e outra com base numa entrevista semidirigida. Em ambas as populações iremos ter em conta a conduta ética com seres humanos, mediante o consentimento informado, esclarecido e livre, assegurando a proteção e confidencialidade dos dados fornecidos.

É esperado que a análise dos questionários às puérperas vá ao encontro dos resultados e conclusões de investigações publicadas, onde existe evidência de que a PPN influencia de forma positiva a vivência do TP e parto. De acordo com as perspetivas dos EESMO, serão propostas ações de sensibilização ou de melhoria/implementação de projetos no serviço neste âmbito.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Amaro de Sousa, A. P. P. (2015). *Construir a confiança para o parto: desenvolvimento e avaliação de um programa de intervenção em Enfermagem*. (Tese de doutoramento em Enfermagem). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa. Disponível no RCAAP: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20727/1/Tese%20vers%C3%A3o%20final-30-06-2016.pdf>
- Barros, M. L. & Frias, A. (2012). Educar Para Aliviar a Dor. Trabalho apresentado em *III Congresso de investigação em enfermagem Ibero-Americano e de países de língua Oficial Portuguesa*, In Referência, Coimbra
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A. & Pais, A. (2004). Questionário de Experiência e Satisfação com o Parto (QESP). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 159-187. Disponível no RCCAP: <http://hdl.handle.net/1822/5850>
- Duncan, L. G., Cohn, M. A., Chao, M. T., Cook, J. G., Riccobono, J. & Bardacke, N. (2017). Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17: 140. Doi: 10.1186/s12884-017-1319-3. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1319-3>
- Fortin, M., Côté, J. & Filion, F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.
- Frias, A. (2011) *Preparação Psicológica para o Nascimento: Diálogos conjuntos, conhecimentos que se cruzam*. Disponível no RCAAP: <http://hdl.handle.net/10174/6664>
- Frias, A. (2012). Aprender para bem nascer!... *International Journal of Development and Educational Psychology*, 1(2), 285-292. Disponível no RCAAP: <http://dehesa.unex.es/handle/10662/3847>

- Frias, A., Barros, L. & Sim-Sim, M. (2013). Adaptação à Parentalidade: Experiência do parto e Bonding. Disponível no RCAAP: <http://hdl.handle.net/10174/8375>
- Frias, A. & Franco, V. (2008). Perceção do parto e envolvimento emocional da mãe com o recém-nascido. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 1 (1), 37-46. Disponível em: [http://infad.eu/RevistaINFAD/2008/n1/volumen1/INFAD\\_010120\\_37-46.pdf](http://infad.eu/RevistaINFAD/2008/n1/volumen1/INFAD_010120_37-46.pdf)
- Heamon, M. I., Sword, W. A., Akhtar-Danesh, N., Bradford, A., Tough, S., Jansse, P. A. ... Helewa, M. E. (2014). Quality of prenatal care questionnaires: instrument development and testing. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14: 188. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-188>
- Lei n.º 142/99 de 31 de agosto (1999). Quarta alteração à Lei n.º 4/84, de 5 de Abril, alterada pelas Leis n.ºs 17/95, de 9 de Junho, 102/97, de 13 de setembro, e 18/98, de 28 de abril. Diário da República I, Série A, n.º 203. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/581908>
- Lowdermilk, D., Perry, S., Cashion, K., & Alden, K. (2013). *Saúde da mulher e enfermagem obstétrica*. (10ª ed). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier.
- McDonald, S. D., Sword, W., Eryuzlu, L. E. & Biringer, A. (2014). A qualitative descriptive study of the group prenatal care experience: perceptions of women with low-risk pregnancies and their midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14: 334. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-334>
- Morgado, C., Pacheco, C., Belém, C. & Nogueira, M. (2010). Efeito da variável preparação para o parto na antecipação do parto pela grávida: estudo comparativo. *Revista Referência*, 2(12), 17-27. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-1727.pdf>
- Néné, M., Marques, R. & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (1ª ed). Lisboa: Lidel
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Disponível em: [http://www.ordemdosenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemdosenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Souza e Silva, A. C. (2011). *Vivências da Maternidade: Expectativas e Satisfação das Mães no Parto*. (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/18015>



## Apêndice IX - Pedido de Parecer à Comissão de Ética do CHUA

16/05/2018

as\_a\_n@hotmail.com – Correio

## Pedido de parecer à Comissão de Ética do CHUA

Andreia Nobre

sex 13-04-2018 14:45

Para: patricia.salgado@chalgarve.min-saude.pt <patricia.salgado@chalgarve.min-saude.pt>;

3 anexos (722 KB)

Projeto de Intervenção.pdf; Europass - Olhão.pdf; Declaração de aceitação de orientação\_2018.pdf;

Boa tarde,

O meu nome é Andreia Nobre e sou enfermeira do CHUA na unidade hospitalar de Faro e aluna do mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, da Universidade de Évora.

Como componente integrante do curso, tenho a realizar um projeto de investigação no estágio final. O estágio final está já a ser realizado no serviço de Bloco de Partos do Hospital de Portimão.

Segundo as informações que tive, para submeter o pedido de parecer da comissão de ética da instituição, envio em anexo o Projeto de Intervenção (Objetivos, cronograma, consentimentos e instrumento de recolha de dados), o currículo vitae e a declaração do Orientador pedagógico.

Algum outro esclarecimento, encontro-me à inteira disposição.

Aguardo feedback.

Com os melhores cumprimentos,

Andreia Nobre

<https://outlook.live.com/owa/?path=/mail/search>

1/1



Apêndice X - Solicitação de autorização de utilização do QESP aos autores

08/09/2018

as\_a\_n@hotmail.com – Correio

## Autorização escala QESP

Andreia Nobre

qui 12-04-2018 11:56

Para:bbfi@iep.uminho.pt <bbfi@iep.uminho.pt>;

Bom dia,

Venho por este meio solicitar autorização para poder aplicar o questionário de experiência e satisfação com o parto no meu projeto de investigação, no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia.

No último estágio deste curso, é solicitado um projeto de investigação com uma componente interventiva. O tema do meu projeto é "Preparação para o nascimento - a sua influência no trabalho de parto e parto", cujo objetivo é mostrar a influência que a preparação para o nascimento tem nestes dois momentos.

Agradeço desde já a atenção para o assunto.

Com os melhores cumprimentos,

Andreia Nobre

<https://outlook.live.com/owa/?path=/mail/search>

1/1

08/09/2018

as\_a\_n@hotmail.com – Corneio

## Autorização escala QESP

Andreia Nobre

qua 16-05-2018 11:03

Para:bbfi@psi.uminho.pt <bbfi@psi.uminho.pt>;

Bom dia,

Sou Enfermeira em processo de especialização e mestrado e venho por este meio solicitar autorização para poder aplicar o questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP) no meu projeto de investigação, no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstetria.

No último estágio deste curso, é solicitado um projeto de investigação com uma componente interventiva. O tema do meu projeto é "Preparação para o nascimento - a sua influência no trabalho de parto e parto", cujo objetivo é mostrar a influência que a preparação para o nascimento tem nestes dois momentos. Agradeço desde já a atenção para o assunto.

Com os melhores cumprimentos,

Andreia Nobre

<https://outlook.live.com/owa/?path=/mail/search>

1/1

08/09/2018

as\_a\_n@hotmail.com – Correio

## Fw: Autorização escala QESP

Andreia Nobre

sáb 08-09-2018 11:47

Para: bbf@psi.uminho.pt <bbf@psi.uminho.pt>;

Cumprimentos,

Andreia Nobre

---

De: Andreia Nobre <as\_a\_n@hotmail.com>

Enviado: 16 de maio de 2018 11:03

Para: bbf@psi.uminho.pt

Assunto: Autorização escala QESP

Bom dia,

Sou Enfermeira em processo de especialização e mestrado e venho por este meio solicitar autorização para poder aplicar o questionário de experiência e satisfação com o parto (QESP) no meu projeto de investigação, no âmbito do Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia.

No último estágio deste curso, é solicitado um projeto de investigação com uma componente interventiva. O tema do meu projeto é "Preparação para o nascimento - a sua influência no trabalho de parto e parto", cujo objetivo é mostrar a influência que a preparação para o nascimento tem nestes dois momentos.

Agradeço desde já a atenção para o assunto.

Com os melhores cumprimentos,

Andreia Nobre

<https://outlook.live.com/owa/?path=/mail/sentitems>

1/1



## ANEXOS

Anexo I – Planta do serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica e Bloco de Partos  
do CHUA - Hospital de Portimão



Fonte: Documentos oficiais do CHUA – Hospital de Portimão

Anexo II - Documento da UNICEF sobre as 10 medidas para ser considerado  
Hospital amigo dos bebês





Comissão Nacional  
Iniciativa Amiga dos Bebés

## DEZ MEDIDAS para ser considerado/a **HOSPITAL AMIGO DOS BEBÉS** **MATERNIDADE AMIGA DOS BEBÉS**

- 1 Ter uma política de promoção do aleitamento materno escrita, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde.
- 2 Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política.
- 3 Informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno.
- 4 Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
- 5 Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.
- 6 Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica.
- 7 Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e bebés permaneçam juntos 24 horas por dia.
- 8 Dar de mamar sempre que o bebé queira.
- 9 Não dar tetinas nem chupetas às crianças amamentadas ao peito até que esteja bem estabelecida a amamentação.
- 10 Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes grupos, após a alta do hospital ou da maternidade.



Organização  
Mundial da Saúde

### Anexo III - Instrumento de avaliação do Estágio final em Bloco de Partos



<b>DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM</b> <b>CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM DE SAÚDE</b> <b>MATERNA E OBSTÉTRICA</b> <b>(2º CICLO)</b>	
Unidade Curricular	Estágio Final – Bloco de Partos
Área Científica	Enfermagem (Saúde Materna e Obstétrica)
Horas de Estágio	544 (E 480; OT 45; 19 O)
ECTS	24
Ano de Curso	2º Ano / 2º Semestre
Ano Letivo	2017-2018
Data	Início ____/____/____ Fim ____/____/____
Nome do Estudante	
Local de Estágio	

Classificação:
Assinatura do Estudante:
Supervisor Clínico:
Orientador Pedagógico:



GRELHA DE AVALIAÇÃO				
Insuficiente 0 – 9	Suficiente 10 - 13	Bom 14 – 15	Muito Bom 16 - 17	Excelente 18 - 20

Critérios		Avaliação
Competências de diagnóstico/Apreciação		
1	Identifica áreas de atenção relevantes para a enfermagem no âmbito da saúde da mulher.	
2	Identifica o risco materno fetal durante as várias fases do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.	
3	Avalia a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.	
4	Avalia o conforto e bem-estar da mulher/ companheiro / Recém-nascido através da observação e do recurso a meios clínicos e técnicos.	
5	Estabelece relação terapêutica com a mulher/acompanhante.	
6	Identifica necessidades da mulher/ família através da apreciação do Boletim de Saúde da Grávida.	
7	Elabora diagnósticos de enfermagem adaptando-se ao método utilizado pela unidade de cuidados onde se desenvolve o estágio.	
8	Determina intervenções para potenciar a saúde da mulher após o parto.	
9	Realiza registos claros, objetivos e concisos.	
Competências de Planeamento		
10	Define objetivos mensuráveis adequados a cada situação específica da mulher/família identificando prioridades.	
11	Define ações de enfermagem adequadas à mulher, tendo em conta os recursos da unidade de cuidados onde desenvolve o estágio.	
12	Planeia os cuidados à mulher articulando-se com a equipa.	
13	Considera aspetos socioculturais e estabelece relação com a parturiente/acompanhante.	
14	Discrimina as ações a desenvolver.	
Competências de Execução		
15	Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e nascimento.	
16	Atua de acordo com o plano de parto previamente estabelecido pela mulher, garantindo a qualidade dos cuidados e controlando o risco.	
17	Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à monitorização adequada do trabalho de parto considerando a evidência científica.	
18	Coopera com outros profissionais e de acordo com a vontade da mulher, na implementação de intervenções para controlo da dor.	



19	Hierarquiza as suas intervenções e age de forma adequada nas situações de saúde e desvios de saúde.	
20	Aplica as técnicas adequadas na execução do parto eutócico de apresentação cefálica e em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica.	
21	Realiza a apreciação do períneo ponderando a necessidade de episiotomia.	
22	Realiza, sempre que necessário, a correta reconstrução do períneo.	
23	Identifica situações de distócia, referenciando situações que estão para além da sua área de atuação.	
24	Coopera com outros profissionais nas situações de parto distócico.	
25	Assegura a avaliação imediata do RN implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina.	
26	Identifica alterações morfológicas e funcionais do RN referenciando as que estão para além da sua área de atuação.	
27	Executa os cuidados de enfermagem com vista à proteção e apoio ao aleitamento materno.	
28	Executa os cuidados de enfermagem com vista à Vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.	
29	Executa os cuidados de enfermagem com vista à monitorização das alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando situações que estão para além da sua área de atuação.	
30	Executa os cuidados de enfermagem com vista à monitorização do estado de saúde da mulher no quarto estágio  e do RN, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.	
31	Informa, orienta e apoia a mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho.	
32	Justifica e fundamenta cientificamente a implementação das intervenções.	
<b>Competências de avaliação</b>		
33	Efetua uma avaliação contínua da parturiente/puérpera/recém-nascido.	
34	Assegura a continuidade dos cuidados.	
35	Utiliza os dados da avaliação para efetuar ou alterar o plano de cuidados considerando a evidência científica.	
36	Analisa criticamente as situações, mostrando capacidade de argumentar a sua atuação.	
37	Promove adequadamente a transferência da diade.	
<b>Competência de gestão dos cuidados</b>		

38	Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem.	
39	Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.	
40	Aplica o pensamento crítico a as técnicas de resolução de problemas.	
41	Demonstra capacidade de gestão eficaz do tempo.	
42	Expõe oralmente a informação de forma clara e sucinta, utilizando linguagem técnica e científica de modo a assegurar a continuidade dos cuidados.	
43	Promove espírito de trabalho de equipa multidisciplinar.	
44	Analisa criticamente os dados objetivos e subjetivos, promovendo uma prática de cuidados segura.	
45	Realiza registos claros, objetivos e concisos.	
<b>Competência de Responsabilidade Profissional e Prática segundo a Ética</b>		
46	Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem.	
47	Promove o respeito pelo direito da mulher/família à privacidade.	
48	Assume a responsabilidade pela manutenção das suas competências, respondendo pelas suas ações e juízos.	
49	Reconhece os limites da sua competência na área da especialização.	
50	Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas.	
51	Promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional.	
52	Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.	
<b>TOTAL</b>		
<p>Nota final = <math>\frac{\sum \text{dos itens}}{N^{\circ} \text{ itens}}</math></p> <p>Apreciação Global:</p>		

#### Anexo IV - Declaração de aceitação de orientação





UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS

**DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO**

Para os devidos efeitos, definidos no artigo 117.º da Ordem de Serviço n.º 13/2016, de 10 de agosto, da Reitora da Universidade de Évora, declaro assumir a orientação do trabalho de **Andreia Sofia Aniceto Nobre** (aluno n.º 37417), conducente ao Relatório de **Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**, sob o registo n.º R/A – EF-1783/2011/AI01 na Direcção-Geral do Ensino Superior do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior da República Portuguesa, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 42/2005, de 22 de Fevereiro e do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, republicado pelo do Decreto -Lei n.º 63/2016, de 13 de Setembro.

Trata-se da proposta de um relatório de descrição e reflexão pormenorizada e fundamentada, das atividades desenvolvidas no âmbito técnico-profissional, subordinado à temática da área de especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que versa sobre a problemática de **“Preparação para o nascimento - a sua influência no trabalho de parto e parto”**.

Por ser um trabalho credível e porque reconheço na mestranda adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico tal orientação.

Évora, 09 de novembro de 2017

A Orientadora

Professora Doutora Maria Otilia Brites Zangão  
Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de S. João de  
Deus/Universidade de Évora

Largo do Senhor da Pobreza, 7000-811 Évora | geral@esesjd.uvora.pt | tel.: +351 266 730 300 | fax:



Anexo V - Parecer da Comissão de Ética para a investigação científica nas áreas da  
saúde humana e bem-estar da Universidade de Évora



Documento	1	7	0	1	1
-----------	---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação Científica  
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar  
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Manuel Agostinho Fernandes, Professora Doutora Maria de Fátima Jorge e Professor Doutor Fernando Capela, deliberaram dar

**Parecer Positivo**

para a realização do Projeto "*Preparação para o nascimento – a influência no trabalho de parto*", dos investigadores Prof.ª Maria Otília Brites Zangão (responsável) e Andreia Sofia Aniceto Nobre.

Universidade de Évora, 29 de Novembro de 2017

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

## Anexo VI - Parecer da Comissão de Ética do CHUA

16/05/2018

as\_a\_n@hotmail.com – Correio

## Autorização para realização de Estudo " Preparação para o nascimento - A sua influência no Trabalho de parto e Parto"

Paula Cristina Arranhado Mangualde <paula.mangualde@ch.algarve.min-saude.pt>

seg 14-05-2018 13:22

Para: as\_a\_n@hotmail.com <as\_a\_n@hotmail.com>;

Cc: Patrícia Salgado <IMCEAEX\_O=CHBA\_OU=EXCHANGE+20ADMINISTRATIVE+20GROUP+20+28FYDIBOHF23SPDLT+29\_CN=RECIPIENTS\_CN=Patricia+2Esalgado@chbaserverch.algarvio.min-saude.pt>;

Bom dia Exma. Sra. Enf. Andreia Nobre,

O CFIC – Centro de Formação, Investigação e Conhecimento da Unidade de Portimão, vêm informar que se encontra autorizado pelo Conselho de Administração a realização de estudo, supra mencionado, nesta Unidade hospitalar.

Com os melhores Cumprimentos

Paula Mangualde

Secretariado do Centro de Formação, Investigação e Conhecimento

Unidade Hospitalar de Portimão



**SNS** SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



Centro  
Hospitalar  
Universitário  
do Algarve

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

Sítio do Poço Seco| 8500-338 Portimão | Portugal

Tm| 966479442 | Tel. 282450300 | Ext. 35517

[www.ch.algarve.min-saude.pt](http://www.ch.algarve.min-saude.pt)

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



<https://outlook.live.com/owa/?path=/mail/AQMKAQAwATY3ZmYAZB05Y2U2LTESZQ5MDACLTAwCgAAADSO6ZKhp0KESIR%2BDG1PRAEAWd8g3EBKUUY>